

CIDÁLIA MARIA DE BARROS FERRAZ AMORIM

# **HEPATITE B - COMUNIDADE**

**Uma Dualidade Epidemiológica e Preventiva**

1995

26/96

TM  
AM01HEP

CIDÁLIA MARIA DE BARROS FERRAZ AMORIM

# HEPATITE B - COMUNIDADE

Uma Dualidade Epidemiológica e Preventiva

1995

91001347

72.221  
UNIVERSIDADE DO PORTO  
Faculdade de Psicologia  
e de Ciências da Educação  
N.º de Entrada 6813  
Data 96/03/19

Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e  
Ciências da Educação da Universidade do Porto,  
para obtenção do Grau de Mestre  
em Ciências da Educação,  
Especialidade de Formação e Desenvolvimento para a Saúde

---

Professor orientador: Professor Doutor Jorge Nuno Negreiros de Carvalho  
Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto

---

**Aos portadores de Hepatite B e suas famílias**

**À comunidade**

---

## Agradecimentos

*Ao Professor Doutor Jorge Nuno Negreiros de Carvalho,  
pela sua disponibilidade, pela pertinência das suas críticas e  
sugestões, pela partilha de saberes e permanente estímulo que  
imprimiu na feitura deste trabalho.*

*Aos professores do curso do mestrado.*

*À Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo,  
pela prontidão com que facultou o acesso aos seus registos.*

*Aos Centros de Saúde do distrito de Viana do Castelo.*

*O nosso agradecimento a todas as pessoas que de alguma forma  
colaboraram para que este projecto fosse uma realidade.*

*Aos colegas, amigos e familiares; pela sua confiança, ajuda e  
apoio incondicional.*

---

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>IX</b>
 <b>I PARTE - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	
 <b>CAPÍTULO I - ASPECTOS GERAIS DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA NA SAÚDE.....</b>	<b>2</b>
SAÚDE E COMUNIDADE .....	5
CONCEITO DE DOENÇA TRANSMISSÍVEL.....	13
NÍVEIS DE PREVENÇÃO .....	15
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	17
 <b>CAPÍTULO II - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE:</b>	
<b>INTERVENÇÃO PARA A AUTONOMIA DE OPÇÃO .....</b>	<b>19</b>
EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE .....	21
PRESSUPOSTOS E BASES TEÓRICAS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	25
DIMENSÃO DA CULTURA NA ACÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....	29
RELEVÂNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS NA DETERMINAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS NA SAÚDE .....	31
EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DA COMUNIDADE - UMA ACTIVIDADE INTERACTIVA.....	35
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	38
 <b>CAPÍTULO III - GENERALIDADES ACERCA DA INFECÇÃO</b>	
<b>PELO VÍRUS DA HEPATITE B.....</b>	<b>40</b>
CARACTERIZAÇÃO ETIOLÓGICA E EPIDEMIOLÓGICA.....	42
PREVALÊNCIA, TRANSMISSÃO E DIAGNÓSTICO .....	43
Situações de risco pessoal .....	45
Situações de risco profissional .....	46
Factores de risco geográfico .....	46
Grupos de risco .....	47

---

EVOLUÇÃO DA DOENÇA, PROGNÓSTICO E TRATAMENTO .....	49
PREVENÇÃO.....	54
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	60
 <b>II PARTE - FACTORES DE RISCO E CONHECIMENTOS ACERCA DA DOENÇA, EM DOENTES NOTIFICADOS COM HEPATITE B: IMPLICAÇÕES PARA A PREVENÇÃO</b>	
<b>CAPÍTULO IV - CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA EM ESTUDO .....</b>	<b>63</b>
CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO .....	65
Natalidade.....	67
Mortalidade .....	67
Morbilidade .....	68
 <b>CAPÍTULO V - MÉTODOS E PROCEDIMENTOS .....</b>	 <b>70</b>
IMPORTÂNCIA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO.....	72
METODOLOGIA .....	73
Seleccção das variáveis.....	73
Procedimentos .....	76
Arquitectura e objectivos do questionário .....	78
Critérios para o preenchimento do questionário.....	80
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	81
 <b>CAPÍTULO VI - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	 <b>83</b>
APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	84
Caracterização sócio-demográfica da população.....	84
Ocupação de tempos livres e comportamentos de risco .....	86
Controlo e vigilância de saúde.....	88
Conhecimentos gerais acerca da doença .....	89
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	93
SINTESE FINAL E SUAS IMPLICAÇÕES .....	99
 <b>CONCLUSÃO .....</b>	 <b>103</b>
 <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	 <b>106</b>

---



---

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Necessidade, ou não de vacinação, segundo os marcadores serológicos.....	56
QUADRO 2 - Esquema de vacinação recomendado .....	57
QUADRO 3 - Distribuição relativa da população (%).....	65
QUADRO 4 - Percentagem da população $\geq 65$ anos.....	66
QUADRO 5 - Doenças de notificação obrigatória .....	68
QUADRO 6 - Casos de VHB no distrito de Viana do Castelo .....	69
QUADRO 7 - Distribuição dos inquiridos, segundo o Sexo e Estado Civil.....	84
QUADRO 8 - Distribuição por concelho de residência .....	85
QUADRO 9 - Distribuição de assoalhadas por morador .....	85
QUADRO 10 - Distribuição segundo a ocupação dos Tempos Livres p/ Grupo Etário.....	86
QUADRO 11 - Distribuição segundo a actividade sexual e o uso de preservativo .....	87
QUADRO 12 - Distribuição segundo comportamentos de risco de infecção pelo VHB .....	87
QUADRO 13 - Distribuição segundo a situação e os serviços de saúde a que recorrem.....	88
QUADRO 14 - Distribuição segundo as intervenções sofridas e as doenças referidas.....	88
QUADRO 15 - Situação conhecimento da doença / informação sobre a doença .....	89
QUADRO 16 - Associação do VHB com outras situações .....	90
QUADRO 17 - Avaliação de Conhecimentos sobre a doença.....	91
QUADRO 18 - Distribuição dos inquiridos segundo a qualidade da informação recebida e da possibilidade de modificação de hábitos de vida.....	92

---

## INTRODUÇÃO

*A saúde e a doença dependem fundamentalmente da interacção entre o sujeito – com a sua herança genética específica e modos de vida adoptados – e o meio-ambiente onde vive, com o seus condicionalismos físicos, biológicos, sócio-económicos e culturais.*

*Na actualidade, a maioria das doenças que matam precocemente, ou diminuem significativamente a qualidade de vida, dependem em grande parte dos estilos de vida de cada um.*

*Estes estilos de vida são consubstanciados em comportamentos que, face às principais causas de morbi-mortalidade nos países desenvolvidos – consumo de substâncias nocivas, a qualidade da alimentação, os acidentes e as (novas) doenças transmissíveis – podem ser factores protectores e favorecedores ou factores de risco e limitadores do capital de saúde de cada indivíduo.*

*Nos últimos decénios têm-se assistido a uma mudança radical da sociedade, resultante de uma nova política de administração da saúde, com o esgotamento financeiro do Estado-Providência e a busca incessante de um novo contrato social, reflectindo-se na saúde das populações e, conseqüentemente, no ressurgimento das doenças infecciosas.*

*As doenças transmissíveis que se acreditava estarem científica e tecnicamente controladas e dominadas, reapareceram no cenário global da Saúde Pública.*

---

*A OMS (1988) referencia-as de um modo particular, agrupando-as sob a designação de "... doenças infecciosas novas emergentes e re-emergentes ...", alertando a comunidade científica, os serviços sanitários e os prestadores de cuidados de saúde de todos os países para a necessidade de uma resposta coordenada e global, no sentido de lhes fazer face. Paralelamente, preconiza uma série de medidas, incentivando todos os países a assumir as suas responsabilidades e obrigações, reforçando os programas de vigilância da doenças infecciosas, melhorando as capacidades de identificação de surtos, incrementando uma eficiente rede de comunicações para a notificação da doença a nível regional, nacional e internacional, fomentando técnicas de avaliação epidemiológica, incrementando a investigação aplicada nas áreas de prevenção, melhorando o diagnóstico, tratamento e procedimentos sanitários básicos e reforçando a cooperação intersectorial e multiprofissional na saúde.*

*Dentro das doenças transmissíveis mais relevantes (pela sua incidência e gravidade) e cuja transmissão depende basicamente de factores comportamentais, enquadra-se a hepatite B, podendo conduzir à limitação de capacidades, exclusão social ou mesmo à morte.*

*Tendo por base esta problemática, o trabalho que vamos desenvolver focaliza-se no distrito de Viana do Castelo, procurando clarificar algumas preocupações de base e tentando identificar alguns dos possíveis precursores da hepatite B na referida população.*

*A opção por este projecto e a forma como o concebemos tem a ver com os propósitos da educação para a saúde como estratégia de promoção da saúde e o desempenho dos serviços de saúde / enfermeiros na sua implementação, factores que nos levaram à frequência do mestrado em Ciências de Educação - Especialidade de Formação e Desenvolvimento para a Saúde da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade no Porto.*

*Para além de constituir tema de dissertação, este trabalho proporcionou um questionamento constante e o aprofundamento de conhecimentos teórico-práticos e*

*de investigação adquiridos durante todo o percurso formativo, bem como uma reflexão e nova visão do binómio saúde/doença, indiciando uma necessidade de reorientação dos serviços de saúde em geral e da prática de Enfermagem Comunitária em particular.*

*Assim;*

*No capítulo I procedemos ao enquadramento do tema, abordando questões ligadas ao binómio saúde/doença, evolução do conceito de medicina preventiva e saúde pública ao longo dos tempos, relacionando-os com a prevenção dos problemas de saúde aos diferentes níveis de intervenção.*

*O capítulo II faz referência à educação para a saúde como estratégia de promoção de saúde, bem como ao contributo de algumas ciências e disciplinas, atendendo ao padrão cultural e aos recursos existentes.*

*O capítulo III dá especial ênfase à hepatite B, nomeadamente à epidemiologia, transmissão, diagnóstico, evolução, prognóstico e tratamento da mesma, dando relevo à prevenção como principal “arma”, capaz de impedir a propagação da doença.*

*No capítulo IV delimitamos o estudo a uma área geográfica, fazendo a caracterização sumária do distrito de Viana do Castelo e apresentando os principais indicadores e problemas de saúde encontrados.*

*A investigação de campo está patente no capítulo V, bem como a definição de objectivos e hipóteses de trabalho, a descrição do processo de construção e validação do questionário, sendo apresentados os diferentes procedimentos metodológicos relacionados com o universo em estudo e o processo de recolha, tratamento e análise dos dados.*

*Finalmente surge a discussão dos resultados, relacionando-os com as linhas mestras que constituíram o nosso ponto de partida.*

---

I PARTE  
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

---

---

## **Capítulo I**

# **ASPECTOS GERAIS DE INTERVENÇÃO PREVENTIVA NA SAÚDE**

---

## **A saúde não se ganha, conquista-se...**

O que é a saúde? Teoricamente pressupõe-se que a saúde não é um fim em si mas um meio ao qual o homem e as comunidades devem aspirar para desenvolverem as suas necessidades, tanto pessoais como sociais. Pretende-se com isto dizer que globalmente, o homem integral consegue uma adaptação biológica máxima no seu meio ambiente.

A dificuldade em encontrar uma definição científica satisfatória para o conceito de “saúde” não é simplesmente uma questão de vocabulário; antes indicia um conhecimento ainda imperfeito de uma realidade complexa e mutável. O que complica a definição de saúde é o facto da sua componente biológica estar associada à económica, psicológica e social.

A saúde resulta dum equilíbrio e harmonia de todas as possibilidades da pessoa humana, biológicas, psicológicas e sociais. Este equilíbrio exige, por um lado, a satisfação das necessidades básicas do homem que são qualitativamente as mesmas para todos os seres humanos (necessidades afectivas, nutritivas, sanitárias, educativas e sociais) e por outro lado, uma adaptação inequívoca do homem a um desenvolvimento em perpétua mutação.

A preocupação do indivíduo em proteger a saúde é tão antiga quanto a própria história da humanidade. A validade desta premissa é confirmada por Guerra (1981), definindo-a como *um estado de equilíbrio dinâmico, somático e psíquico que facilita a realização de valores da cultura*. Deste modo, poderá ser interpretada



como um estado em que o indivíduo tem vigor físico para o desempenho das actividades normalmente esperadas dos indivíduos da sua idade, não apresenta alterações na estrutura ou funcionamento dos seus subsistemas (órgãos e aparelhos que causam dor e/ou desconforto, ou possam estar na origem da doença) e mantêm a harmonia e o equilíbrio nas suas funções mentais suficientes para uma vida normal de relação com os seus semelhantes, centro da cultura a que pertence.

Desta forma, na nossa perspectiva, poder-se-á interpretar o conceito de saúde como sendo a luta consciente e inconsciente do homem pelo equilíbrio de todas as suas necessidades humanas básicas. Daí que todos os factores que visam a promoção e a protecção da saúde do indivíduo sejam complementares e interdependentes, não podendo ser dissociados e fazendo parte do objectivo de uma abordagem global, a qual não é possível senão pelo reagrupamento e coordenação de esforços continuados nos diferentes sectores da actividade humana - saúde, educação e (in)formação.

A ideia de que a saúde do indivíduo depende exclusivamente do acto médico está completamente ultrapassada. A saúde das populações depende sobretudo do desenvolvimento em que vivem as comunidades humanas e do seu comportamento, sendo influenciada pelo trabalho de todos os profissionais da saúde e pelos meios de que dispõem os serviços de saúde.

A problemática da *saúde da comunidade* condicionou a formulação de uma nova doutrina, denominada *política de saúde*, onde se enquadra um sistema nacional de saúde capaz de resolver os problemas das populações. Assim definido, o sistema de saúde engloba a *prevenção*, alicerçado nas ciências da saúde e recebendo fortes contributos de outras áreas científicas e disciplinas afins.

A Saúde Pública e Medicina Preventiva, coadjuvadas por outras áreas de saber - Psicologia, Antropologia, Sociologia - beneficiaram desta contribuição, tendo desenvolvido o seu potencial individual e comunitário interagindo com a cultura e modos de vida das populações, tentando compreender os diversos fenómenos culturais e sociais da comunidade ao mesmo tempo que os analisa e interpreta, procurando soluções para os problemas e doenças encontrados (epidemiologia),

promovendo estilos de vida saudáveis aos três níveis de prevenção - primário, secundário e terciário.

Sendo a saúde uma conquista, não podemos esquecer o contributo de algumas ciências facilitadoras dos conhecimentos necessários para actuar em favor dela.

Além dos pressupostos sobre o que é a saúde, este primeiro capítulo aponta algumas ciências sociais e métodos científicos que concorrem para o desenvolvimento da ciência da saúde, como a Demografia, Epidemiologia e mesmo as ciências do comportamento, tais como a Antropologia que interrelaciona as características físicas, culturais e sociais dos grupos étnicos humanos; a Psicologia que analisa os fenómenos do pensamento, suas leis e causas imediatas; e a Sociologia que estuda a dinâmica dos grupos (sociedade) e como estas se repercutem no indivíduo ou grupo.

## **SAÚDE E COMUNIDADE**

A missão de abarcar todos os aspectos da problemática da Saúde que conduzam a uma melhor percepção desta torna-se, na grande maioria das vezes, difícil, se não mesmo impossível. Isto não significa que as ciências da saúde, sociais e humanas, não procurem uma busca constante e permanente de conhecimentos, de forma a aumentar cada vez mais e melhor os saberes técnico-científicos e relacionais, no sentido de compreender a importância de uma análise complexa e multifactorial da *saúde* num contexto sócio-económico e cultural.

Ora isto remete-nos de imediato para o conhecimento do homem como ser global nas diferentes vertentes bio-psico-social, inserido na comunidade onde permanece regido de culturas diferentes, e não apenas relacionado com um episódio de doença ou enfermidade.

A OMS (1945) define saúde como um . . . *estado completo de bem-estar físico, psíquico e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade*. Se por um lado realça uma concepção global de saúde, por outro poderá ser entendido numa dimensão abstracta de «*bem-estar*» e imobilista «*estado*» como algo inatingível e sem qualquer tipo de interrelação com o quotidiano das pessoas.

Esta visão negativista do conceito de saúde poderá ser considerada um tanto ou quanto reducionista, uma vez que a encara como ausência de perturbações orgânicas e de sentimentos subjectivos e de identidade social complementares à doença. Analisando-a numa perspectiva positivista, a saúde inclui a noção de funcionamento biológico perfeito e normal; representado pelo **bio** como um estado em que cada célula e órgão está a funcionar com uma capacidade óptima de perfeita harmonia com o resto do corpo; pelo **psíquico** como um estado em que o indivíduo tem um sentido de bem-estar perfeito e de controlo do seu meio; e por último o **social**, em que as capacidades de participação do indivíduo no sistema social são óptimas (Twaddle & Hessler, 1977).

Mais que uma definição estrita e rígida, há que atribuir-lhe novas representações reconhecidas noutras instâncias científicas, tal como a Carta de Ottawa -1975, analisando a saúde como um meio de desenvolvimento e bem-estar, um recurso da vida quotidiana, exprimindo-se através de um diálogo permanente entre o indivíduo e o ambiente social, ecológico, material e cultural, inscrevendo-se num tecido complexo de interacções entre o humano e o meio.

Dá ser um conceito polimorfo em permanente mutação, escapando por vezes à lógica e à consciência, sendo um processo dinâmico que se manifesta nas opções e nos hábitos de quotidiano. À semelhança dos valores que a norteiam, podem evoluir com a aquisição de novas aprendizagens e de experiências ao longo do tempo, adquirindo um capital individual e comunitário, de modo que a saúde constitua um problema de solidariedade, de responsabilidade colectiva e de acções comuns.

Nuno Grande (1991) considera-o como um processo dinâmico e interactivo de base cultural, imbuído de “*especificidades loco-regionais*”.

Importa, portanto, que nos asseguremos de que os problemas estudados são de extrema relevância para a comunidade. Isto significa que o estudo deve contribuir para a compreensão e resolução de problemas vitais. Os membros da sociedade devem beneficiar dele, o que quer dizer que o seu produto é passível de ser implementado no seio desta.

A percepção e o entendimento da saúde através dos tempos adquire vários significados. Neste século, a compreensão sobre o conceito de Saúde tem sofrido grandes transformações, ao mesmo tempo que se tem operacionalizado uma nova significação de Saúde.

É fundamental encarar a saúde como uma qualidade dinâmica de vida e não como uma entidade estática, pois esta é o resultado da interacção de vários factores e condições, uma vez que as pessoas não podem ser rigidamente separadas em sadias ou doentes. O ser humano é único, indivisível e tem de ser considerado sob o ponto de vista bio-psico-social, resultando a sua saúde do produto destes três aspectos.

Aliado ao factor individual emerge o aspecto colectivo da saúde, realçado pela OMS em 1952 ao incluir as condições demográficas como o primeiro de treze itens, cuja mensuração permite avaliar as condições de vida das populações. Tendo presente o conceito de **Comunidade** definido por aquela organização como sendo “*um grupo social determinado por limites geográficos e/ou valores e interesses comuns*” (Sobreira, 1981). Ao pensar-se em saúde na comunidade, ter-se-á que atender aos múltiplos factores que influenciam o nível de vida e bem estar social, pois só assim se tornará possível adoptar estratégias que, dirigindo-se ao indivíduo, família e comunidade, proporcionem uma abordagem continuada dos problemas em causa, relacionando-os adequadamente com a responsabilidade política, social e individual.

A vivência e a participação na vida comunitária exige esforço e decisão, competindo à pessoa humana ser e participar na família comunitária, descobrir e transformar o mundo.

O indivíduo pertence à sociedade por intermédio da família e da comunidade, e a sua saúde não pode de modo algum estar dissociada da do grupo de pertença, em

virtude dos factores determinados pela biologia humana, meio ambiente, modos de vida colectivo e sistema de protecção sanitária serem comuns.

O conceito de saúde / doença tornou-se mais amplo e global, o que pressupõe a adopção de estratégias que visem fundamentalmente a promoção do bem-estar e um maior aproveitamento do potencial do indivíduo e a prevenção da doença.

Deste modo, os objectivos de prevenção não se limitam a evitar o aparecimento de perturbações e/ou acontecimentos desfavoráveis, mas fundamentalmente a promover a saúde, estimular potencialidades e a maximizar o desenvolvimento integral bio-psico-social dos indivíduos.

Todo este processo de intervenção se alicerça na Saúde Publica, definida por Winslow há mais de setenta anos mas que permanece actual.

“A Saúde Publica é a ciência e a arte de prevenir a doença, prolongar a vida e promover a saúde e a eficiência física e mental, através de esforços organizados da comunidade, com vista à higienização do meio, ao controlo das infecções de âmbito comunitário, à educação dos indivíduos nos princípios da higiene pessoal, à organização dos serviços médicos e de enfermagem para o diagnóstico precoce e tratamento preventivo da doença e ao desenvolvimento da maquinaria social que assegure a todo o indivíduo, na comunidade, um padrão de vida adequado à manutenção da saúde” (Winslow, 1920).

Desta longa definição convém reter que uma das finalidades primordiais da saúde pública é sem dúvida a promoção da saúde e a prevenção da doença, que estas se enquadram numa perspectiva comunitária e que a sua operacionalização só é possível graças aos esforços organizados da comunidade.

Não obstante, poder-se-á afirmar que, ao contrário da medicina curativa que se caracteriza por uma atitude passiva face à doença, esperando que esta se manifeste para depois actuar, a Saúde Pública assume uma atitude eminentemente activa, procurando antecipar-se ao aparecimento da doença (adoptando medidas de promoção da saúde), mediante a implementação de acções concertadas de intervenção, dirigidas a toda a população ou a grupos vulneráveis, de forma a

suprimir ou a evitar a propagação da doença e a restabelecer no mais curto espaço de tempo a saúde e o bem-estar dessa mesma comunidade.

Como é natural, procura-se que estas acções sejam programadas de modo a serem orientadas para dar satisfação às necessidades expressas e sentidas pela população em causa, dependendo a implementação dos programas a levar a cabo de uma eficaz e adequada análise epidemiológica da situação de saúde dessa mesma comunidade.

Para que esta análise se torne eficaz deve ser continuada ao longo do tempo, de modo a acompanhar as alterações da situação que se vão verificando ou introduzindo, acabando assim por revestir-se dum carácter de acompanhamento permanente, seja de controlo ou de vigilância.

Emerge deste modo a noção de *vigilância epidemiológica*, condição fundamental para o conhecimento da situação de saúde das populações e da sua evolução, possibilitando a formulação de políticas ou metas de prevenção que hão-de informar os programas de acção e os serviços de saúde, pondo ao mesmo tempo em prática medidas tendentes à resolução dos problemas de saúde.

Atendendo a que na prática, saúde pública e medicina preventiva caminham lado a lado, para alguns autores (eg., Leavell & Clark, 1977) a saúde pública é equacionada simplesmente como *uma ramificação da medicina preventiva*.

Enquanto que a saúde pública se direcciona essencialmente para grupos e comunidades, a medicina preventiva focaliza mais os factores sócio-ecológicos na produção da doença, embora se reconheça que ambas tendem a convergir cada vez mais quer na sua conceptualização e pressupostos teóricos quer mesmo no que se refere a estratégias de intervenção.

Historicamente, o suporte conceptual e pragmático da *prevenção* assenta na dicotomia Medicina Preventiva / Saúde Pública e ainda em conceitos epidemiológicos.

Tradicionalmente, a definição de “**Epidemiologia**” tem por base o *estudo da distribuição de determinantes da doença na população*, embora o seu objectivo

principal assentasse na forma de *“como evitar a sua futura ocorrência, investigar as epidemias no sentido de descobrir as suas fontes, limitar a sua propagação e introduzir medidas de controlo das epidemias”* (Leavell & Clark, 1977)

Nos últimos decénios, devido aos grandes avanços técnico-científicos operados até então, esta abordagem não se focaliza estritamente no estudo das doenças transmissíveis, mas tornou-se mais generalizada e extensiva a todas as doenças, incluindo obviamente as *patologias* psicológicas e sociais.

Alguns autores caracterizam a Epidemiologia como sendo um ramo da Saúde Pública que estuda a forma como as doenças ocorrem na população tendo por base factores etiológicos diversos, de natureza genética, social ou ambiental acrescentando ainda as lesões deixadas nas populações humanas (Mausner & Bahn, 1991)

Tendo por referência estes autores, o objectivo da Epidemiologia consistirá deste modo em examinar e investigar a ocorrência e distribuição das doenças, que por seu turno serão conceptualizadas através do jogo da interacção entre o património genético e o ambiente (Agra, 1986). Seguindo esta linha de pensamento, a Epidemiologia coloca em interrelação e interacção as diferentes dimensões psicossociológicas e culturais na *produção da doença*, atribuindo-lhe *uma componente colectivista populacional, ao mesmo tempo que a remete para um tratamento globalizante, transformando-a num instrumento de diagnóstico de saúde populacional com um carácter macro-social* (Negreiros, 1991)

O método epidemiológico assemelha-se a qualquer outro tipo de diagnóstico, isto é, ambos pretendem obter um **“diagnóstico clínico”** embora com dimensões diferentes. O primeiro abarca um grande número de indivíduos, o segundo é mais restrito e individualizado. Este real conhecimento só é possível se antecipadamente houver uma análise epidemiológica cuidada sobre a história natural da doença no indivíduo, bem como a recolha de dados referentes ao agente, hospedeiro e meio-ambiente, de forma a isolar o agente interveniente e evitar a propagação da doença a outros indivíduos ou comunidade.

Deste modo a vigilância epidemiológica adquire um carácter específico, podendo definir-se como uma observação permanente e continuada da distribuição e tendência evolutiva de uma dada doença transmissível, mediante a colheita sistemática, a análise, o tratamento e a interpretação dos dados de morbilidade e mortalidade, bem como outros que se considerem pertinentes, acompanhados de subsequente difusão da informação pelos serviços de saúde, de forma a possibilitar um plano de actuação consentâneo com a realidade e situação existente.

Na generalidade, os sistemas de vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis procuram conhecer o padrão de ocorrência de determinadas doenças na população e a respectiva dinâmica, seguindo de forma continuada a sua evolução e procurando simultaneamente detectar o aparecimento de padrões não habituais, com o objectivo de identificar e pôr em prática as medidas mais apropriadas para a sua prevenção e controlo. A melhor arma para as combater será impedir o seu aparecimento e propagação e daí a árdua e difícil tarefa da vigilância epidemiológica - *prevenção*.

Os principais objectivos da análise epidemiológica apontam para a necessidade de conhecer a incidência e as características epidemiológicas de uma dada doença transmissível na comunidade, estudando a dinâmica da sua propagação temporal, espacial e social, procurando prever a sua extensão e concomitantemente fornecer indicadores de alerta e de controlo das epidemias e possibilitar a intervenção de meios rápidos, eficazes e adequados, de forma a interromper a cadeia de transmissão. Finalmente cabe avaliar as acções de prevenção empreendidas.

As estratégias a seguir neste tipo de processo epidemiológico passam por uma colheita de informações diversas acompanhadas de dados de morbilidade e mortalidade, tratamento e análise da informação recolhida e finalmente pela apresentação dos resultados obtidos na investigação, dando deles conhecimento às entidades envolvidas, no sentido de estabelecer um plano de intervenção.

A referida colheita de dados passa também pela efectividade e rigor da notificação das doenças de declaração obrigatória baseada no diagnóstico clínico.



Para além de constituir uma fonte de informação, representa também um dado estatístico a considerar e é tradicionalmente a modalidade mais comum de registo epidemiológico. Por outro lado, o sistema recorre ainda a outros meios informativos que são utilizados, sobretudo, para validar e avaliar as acções de prevenção - as estatísticas de saúde. Os inquéritos periódicos ou pontuais, na grande maioria das vezes são efectuados para estudos de problemas ocasionais e, frequentemente, para **avaliar acções preventivas** empreendidas.

O controlo e vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis representa um importante contributo para a Saúde Pública, pois permite uma **definição da situação e tendências evolutivas de determinadas doenças na comunidade**, alertando os serviços e profissionais de saúde para a ocorrência das ditas doenças, permitindo deste modo o diagnóstico precoce e o tratamento imediato de novos casos e ainda a prevenção de casos adicionais, com a consequente redução dos respectivos custos e correspondentes taxas de morbi-mortalidade.

Outro benefício não menos importante é orientação das profilaxias *específicas* face à situação, ao mesmo tempo que dá pistas para a implementação de terapêuticas apropriadas e informações concretas sobre alterações dos padrões epidemiológicos correntes, apoiando os órgãos de gestão e administração de serviços de saúde.

As Metas de *Saúde para o Ano 2000* (OMS; 1984) veio reforçar o incremento das actividades de vigilância epidemiológica, pois estabelece como meta do programa a eliminação das principais doenças transmissíveis.

A nova legislação sobre os períodos de evicção escolar, por motivos de doença transmissível, contempla no seu articulado diferentes situações clínicas de doenças infecciosas.

A referida legislação reformula e actualiza o Decreto-Lei nº 89/77, agora substituído pelo Decreto-Lei nº 229/94 de 13 de Setembro e pelo Decreto Regulamentar nº 3/95 de 27 de Janeiro.

## CONCEITO DE DOENÇA TRANSMISSÍVEL

O conceito de doença transmissível foi introduzida por Fue Rosenau (1920), cuja significação a assemelhou a doença comunicável.

A característica básica de doença transmissível é a existência de um agente vivo necessário, único e exógeno, capaz de reproduzir-se. A epidemiologia consiste assim no estudo dos factores que condicionam a relação entre o agente causal e o hospedeiro susceptível.

Desde há cento e cinquenta anos que a maioria das doenças transmissíveis tem vindo a diminuir a sua incidência e letalidade, devido sobretudo à melhoria de condições higiénicas gerais, a uma melhor nutrição e condições habitacionais, ao maior incremento da higiene pessoal e ao uso da imunoterapia.

A doença transmissível resulta da interacção estabelecida entre o agente, o hospedeiro e o ambiente. Clark, (1975, p7) define o agente causal como ... *um elemento, substância ou corpo inanimado, cuja presença ou ausência podem, ao entrar em contacto efectivo com o hospedeiro humano susceptível e com condições ambientais propícias, servir de estímulo, para iniciar ou perpetuar o processo da doença.*

Nas doenças transmissíveis, este agente caracteriza-se por ser um organismo vivo capaz de multiplicar-se. Daí que no agente etiológico há necessariamente que distinguir quatro propriedades fundamentais: a) a contagiosidade, isto é, a capacidade que este tem de se propagar, b) a infectividade que não é mais do que a capacidade de se instalar e multiplicar os tecidos, produzindo ou não doença; c) a patogenicidade, sendo o poder ou capacidade para provocar doenças nos infectados, tanto no ser humano como no animal de experimentação; e d) finalmente a virulência que se traduz pelo grau de patogenicidade do agente causal.

Das características acima abordadas e nas doenças transmissíveis há que considerar o agente etiológico e a cadeia epidemiológica que integram um conjunto

de factores como o reservatório (fonte), os mecanismos de transmissão e o hospedeiro susceptível. Para além destes, a cadeia epidemiológica é influenciada por um número de factores epidemiológicos secundários como o clima, idade, sexo, hábitos e estilos de vida.

O homem constitui a fonte de infecção mais importante, de tal modo que Ya Chapin, no seu célebre livro "Sources and Modes of Infection", afirmou que a máxima perigosidade se encontrava localizada no ser humano / doente. Referindo-se ao portador, caracterizou-o como sendo a pessoa que sem apresentar sintomas e sinais infecciosos, elimina microorganismos. Na oportunidade, identificou vários tipos de portadores, designando como *portador paradógico e/ou pseudo-portador* a pessoa que elimina germes não considerados patogénicos; *portador precoce ou incubacionário* toda aquela pessoa que elimina os microorganismos antes que apareça a doença que está incubando; *portador convalescente* aquela pessoa que sofreu de doença infecciosa e que se encontra clinicamente curado; e finalmente *portador são* que sendo pessoas sãs por falta de susceptibilidade, e em muitos casos por um certo desenvolvimento de resposta imune, estão colonizados mas não infectados pelos microorganismos que eliminam.

No que se refere aos mecanismos de transmissão, estes são conjuntos de meios e sistemas que facilitam o contacto do agente infeccioso com o sujeito receptor. Assim, os mecanismos de transmissão dependem das vias de entrada e eliminação, da resistência do agente etiológico e do meio ambiente. As vias de transmissão podem ser consideradas de dois tipos; a directa (feita através do ar, contacto físico e por mordeduras) e por via indirecta (através da água e alimentos ingeridos).

A susceptibilidade é a condição necessária para que o homem se converta em hospedeiro e seja afectado por um agente causal, relacionando-o com a idade, sexo, raça, e o tipo de ocupação / profissão.

Enquanto fenómeno comunitário, as doenças transmissíveis podem ser classificadas em esporádicas, se não existe qualquer continuidade espaço-temporal, tornando-se endémica quando a doença apresenta uma incidência constante numa

determinada comunidade geográfica e endoepidémica, se de vez em quando surgir um aumento do número de novos casos, constituindo o que se designa por epidemia definindo-se como o aumento natural da incidência habitual de uma doença transmissível numa comunidade.

A acção do homem nas doenças transmissíveis prende-se sobretudo com os hábitos e comportamentos humanos dependentes da cultura, tendo um papel extremamente importante na epidemiologia das doenças transmissíveis.

Não está no âmbito deste trabalho abordar a generalidade das doenças transmissíveis, o que em nosso entender se tornaria demasiado exaustivo e complexo, mas sim referenciar as doenças que embora não sendo actuais tem despertado interesse e preocupação pelo carácter epidémico e incidência nos últimos anos, agravando as taxas de mortalidade e morbilidade, contra as quais urge tomar medidas de forma a impedir a sua propagação.

Resta sintetizar que, apesar das doenças transmissíveis como grupo nosológico manterem todo o seu peso na vida das sociedades modernas e da medicina curativa, a **Prevenção** deverá ocupar um lugar primordial na luta contra as doenças em geral e particularmente nas doenças infecciosas. Este investimento na prevenção deve ser **continuado, articulado e coordenado** a nível local, regional e central.

## NÍVEIS DE PREVENÇÃO

A prevenção dos problemas de saúde coloca-se a três níveis, distintos mas interrelacionados - primário, secundário e terciário. Daí tornar-se cada vez mais difícil, se não mesmo impossível, estabelecer barreiras entre deles, uma vez que na prática são sobreponíveis, adquirindo uma certa similitude, ou mesmo complementaridade.

A *prevenção primária* actua fundamentalmente sobre as causas dos problemas de saúde, tendo por finalidade diminuir os factores de risco e aumentar os factores de protecção, baseando-se fundamentalmente em medidas de promoção da saúde e protecção específica, passando pelo estabelecimento de uma eficaz rede de educação sanitária, englobando medidas de suporte e desenvolvimento da personalidade do indivíduo, como a higiene pessoal, uma nutrição ajustada e equilibrada, uma habitação adequada, conselhos matrimoniais e educação sexual, facultando condições agradáveis no trabalho e em períodos de lazer, exames de saúde periódicos e imunizações gratuitas, preservando a saúde ambiental, protegendo o indivíduo dos riscos e perigos recorrentes do trabalho e do meio-ambiente que o rodeia.

A *prevenção secundária* centra-se na detecção precoce dos problemas de saúde, baseando-se sobretudo na implementação de um diagnóstico precoce e tratamento imediato, procurando fazer exames selectivos e rastreios a nível individual, grupal ou na comunidade. Entre outros objectivos, pretende evitar ou curar os processos de doença, evitar a difusão das doenças infecciosas e prevenir as complicações e sequelas deixadas por estas e, principalmente, reduzir o período de incapacidade e, se possível, eliminá-lo.

Por último, a *prevenção terciária* corresponde à prevenção de recaídas, procurando cada vez mais reduzir as limitações ou incapacidades, instituindo um tratamento adequado, promovendo facilidades de recurso a instituições altamente treinadas para limitar tais incapacidades, investindo na reabilitação e reinserção social do indivíduo e prevenindo a morte.

Finalmente, a Organização Mundial de Saúde, no lançamento dos *programas de saúde para todos até ao ano 2000* - Meta 14/15, apela para a necessidade de todos os Estados Membros **promoverem** serviços de apoio, de modo a proporcionar ao indivíduo/família a ajuda necessária e, fundamentalmente, **educar** para a responsabilidade, autonomia e antecipação, fornecendo conhecimentos e motivações indispensáveis a um estilo saudável, mediante a implementação de programas de educação para a saúde a todos os níveis.

Resumindo, a *prevenção primária* actua fundamentalmente sobre as causas dos problemas de saúde; a *prevenção secundária* centra-se na detecção precoce dos problemas de saúde e finalmente a *prevenção terciária* corresponde à prevenção das recaídas.

No tratamento **dos problemas de saúde** pretende-se basicamente recuperar a saúde dos indivíduos/famílias. Para se poder recuperar a saúde é necessário, por um lado alcançar o grau de saúde anterior ao do episódio da doença e por outro poder atingir um grau de saúde óptimo, atendendo às sequelas deixadas pelo problema.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideramos neste primeiro capítulo a relatividade do conceito de saúde *versus* conceitos absolutos, pois torna-se necessário introduzir a possibilidade de graduação da saúde e da doença, como tão bem explica San Martin (1981) quando diz “... *que a saúde requer mais do que uma definição biológica. Tem que ter em conta todos os factores que intervêm na sua determinação e variação - ecologia, ambiente, sociedade e cultura* . . . ”

Por outro lado, o conceito de saúde é dinâmico e histórico. Muda de acordo com as ideias de cada época e com as condições de vida das populações, de forma que a ideia que temos de saúde nem sempre é correcta, já que está sempre limitada pelo marco social em que actuamos.

De acordo com o tema e sem aspirar a ser exaustivos, fizemos referência às formas de intervenção para prevenir e promover a saúde, com os valiosos contributos da medicina preventiva e saúde pública e sobretudo da vigilância epidemiológica, estratégias fundamentais para o conhecimento da doença e suas consequências,

tentando solucionar as causas primárias para, na medida do possível, termos uma sociedade de pessoas com saúde. Tal como foi referido ao longo do capítulo, independentemente do tipo e sistema de saúde, há que aglutinar a Promoção, Prevenção e Tratamento dos problemas de saúde. Os cuidados prestados aos utentes / doentes representam o conjunto de actos realizados com o fim de melhorar, manter, restabelecer ou recuperar a saúde.

Além do conceito clássico de higiene do meio e de luta contra as doenças transmissíveis, a Saúde Pública agrupa tudo o que diz respeito à população, serviços sanitários e de administração dos serviços, cabendo-lhe a promoção da saúde e a prevenção da doença, incapacidade ou mesmo invalidez, de forma a conseguir que todos tenham acesso à mesma, independentemente do nível sócio-cultural e estilo de vida, adaptando-se aos hábitos e costumes de cada comunidade, suscitando a participação e o envolvimento dos seus cidadãos, e tecnicamente sustentada em métodos científicos satisfatórios e viáveis, acompanhando a evolução sócio-cultural e a modificação das atitudes e comportamentos, face à saúde e à doença.

---

## **Capítulo II**

# **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: INTERVENÇÃO PARA A AUTONOMIA DE OPÇÃO**

---



No limiar da última década torna-se necessário repensar as práticas de educação para a saúde de forma a atingir a meta da Saúde para todos, uma vez que esta constitui o “elemento central de promoção da saúde” (OMS, 1985).

A concepção actual de Educação para a Saúde (EPS) tem vindo a acompanhar a evolução desta, atendendo aos factores culturais, ambientais e sociais que nela interferem. É um elemento indispensável a cada sociedade, permitindo aos seus membros adquirir os conhecimentos e as competências individuais e colectivas necessárias à aquisição de modos de vida saudáveis.

Este capítulo pretende sobretudo entender a educação para a saúde não só como uma aprendizagem que aspire promover hábitos que fomentem a saúde, mas sobretudo e mais relevantemente, favorecer uma filosofia mais vitalista, natural e humana, tentando que o homem tenha mais liberdade, conquistada por um aumento de conhecimentos e formas de vida mais responsáveis.

A Educação para a Saúde é um processo interactivo reconhecido e aceite pelas comunidades, devendo adquirir uma postura de participação activa e de parceria com responsabilidades na determinação da sua própria saúde e qualidade de vida.

É nesta linha que a Educação para a Saúde tem evoluído, de forma a responder aos desafios da saúde, nas suas concepções teórico-práticas, processos e estratégias de intervenção.

Como em qualquer área de conhecimento, as ciências da saúde, além de alicerçadas na medicina e enfermagem, são fortemente subsidiadas pelas ciências do comportamento, educação e comunicação, acompanhadas por diferentes correntes filosóficas.

O princípio da participação activa garante o respeito das pessoas e nesta perspectiva a relação educativa é caracterizada por fazer algo “com os outros” em vez de “para os outros” e aqui a intervenção do formador da saúde terá que atender ao nível cultural da comunidade, às suas crenças em matéria de saúde, aos obstáculos e resistências sociais e ambientais que se colocam na elaboração dos projectos de educação para a saúde.

Deste modo, os programas devem oferecer uma pluralidade de métodos e estratégias de aprendizagem, de forma a otimizar as possibilidades de alcançar os resultados educativos e os comportamentos desejados.

Porquê e para quê uma educação para a saúde?

Entendemos que sendo a educação um processo dinâmico, concretamente na educação para a saúde este dinamismo tenta desenvolver a liberdade do homem junto de outros homens. Incita e ensina o homem a pensar e decidir por si mesmo perante situações e momentos da sua vida individual e colectiva.

Pode-se considerar que a educação para a saúde é um meio de *aprendizagem* eficaz sobre temas que influenciam a saúde. Contudo, há que realçar que esta *aprendizagem* deve estar dentro da *dinâmica da educação* que engloba sobretudo a utilização de técnicas fundamentais como a comunicação - o que torna a aprendizagem recíproca - e a motivação que deve ser constante e contínua.

## EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Como disse Schopenhauer, (1988) “a saúde não é nada, mas sem ela o resto nada é”. Porque o seu significado varia de grupo para grupo, definir “saúde” torna-se

cada vez mais complexo. Sem negar a importância das acções terapêuticas, ou pensar que as doenças vão deixar de existir, a tendência dominante tem sido para a analisar através das doenças e das perturbações.

A Declaração de Alma-Ata <sup>(a)</sup> considera *a educação sobre os principais problemas de saúde e os métodos de prevenção e controlo dos mesmos*, como a primeira de oito actividades essenciais em Cuidados de Saúde Primários, privilegiando **a informação e a Educação para a Saúde**. Ao falar de “Saúde para todos no ano 2000” <sup>(b)</sup>, a OMS quis dar ênfase aos problemas da equidade e igualdade, acentuando que a saúde é um recurso do dia-a-dia e não um objectivo da vida. Nuno Grande (1994) afirma que a saúde deve ser analisada como um estado de espírito e não uma técnica, como uma atitude e não uma receita.

A importância que os aspectos sociais e ambientais assumem na saúde veio reforçar a ideia de que a saúde deixou de ser um assunto exclusivo dos serviços de saúde.

Não são os indivíduos que tem direito à saúde, é toda a sociedade em conjunto que tem o direito de querer procurar e poder alcançar a saúde, como coordenada importante do bem-estar.

A educação para a saúde definida e aceite pelo Conselho de Ministros da CEE veio a ser consagrada na resolução nº89/c3/01 mencionando-a como *“um processo baseado em regras científicas, utilizando oportunidades educacionais programadas, de forma a capacitar os indivíduos para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto”*. (CE, WHO CEC, 1990)

Esta Resolução é complementada pelo conceito de que se trata de um processo educacional compreensivo, cuja responsabilidade deve ser partilhada pelas comunidades, pelas instituições e pelos grupos sociais.

---

<sup>a)</sup> Conferência organizada pela OMS e realizada na cidade de Alma-Ata em 1978, da qual resultaram um conjunto de dez afirmações e vinte e duas recomendações dirigidas a todos os países, com a finalidade de se conseguir saúde para todos no ano 2000.

<sup>b)</sup> Conferência organizada pela OMS - Bureau Regional da Europa, realizada em Copenhague em 1985, da qual resultou um conjunto de trinta e oito metas dirigidas aos estados membros, de modo a atingir uma política e estratégia de Saúde para todos até ao ano 2000.

Green (1984) conceptualiza a educação para a saúde *como toda e qualquer combinação de experiências de aprendizagem planificadas, destinadas a facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis*. Esta definição, reconhecida na actualidade como uma das mais completas uma vez que a utilização da palavra **combinação**, revela a complementaridade dos métodos educativos, relacionando-os com os objectivos de aprendizagem.

Falar de **experiência de aprendizagem planificada** equivale a decidir e a acentuar determinados comportamentos e experimentar situações de aprendizagem integrando aspectos cognitivos (conhecimentos), afectivos (atitudes e valores) e psicomotores (habilidades) do comportamento que se pretende que seja realizado tendo por base um processo reflexivo sistemático prévio na elaboração de acções de educação para a saúde, de forma a **facilitar** e no sentido de proporcionar **mudanças voluntárias do comportamento**, especificando que o indivíduo tem um modo de vida e esta é condicionada pela sua herança, cultura e sociedade. Daí que toda a pessoa tenha os seus próprios comportamentos, atitudes, valores, experiências e conhecimentos.

Assim, o papel da educação para a saúde facilita as mudanças de estilo de vida de forma voluntária, através da aquisição de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde.

Leeuw (1980) define a educação para a saúde como “*um processo contínuo e gradual de educação e aprendizagem que demora vários anos. Começa na primeira infância e se desenvolve ao longo da vida, implicando motivação, comunicação e tomada de decisões,*”

A Educação para a Saúde enquanto processo foi representada por Hjort (1989) como uma escada pela qual é preciso subir, em que cada degrau representa uma fase desse processo. Inicia-se com a **comunicação**, segue-se a **compreensão** dos factos, acredita-se que é necessário mudar algo e actua-se em **conformidade**, uma vez que se interiorizaram uma série de atitudes, habilidades e crenças que permitam a adopção de um comportamento mais adequado.

Sendo a educação para a saúde uma parte integrante dos cuidados de saúde de qualidade, o seu principal interesse assenta na promoção da saúde das populações, proporcionando informação e conhecimentos para que os indivíduos possam adquirir o mais elevado grau de saúde e bem-estar.

A definição e descrição apresentada de educação para a saúde tenta relacionar o que se conhece como sendo uma prática óptima de saúde e o que na realidade se pratica. Primeiramente dirige-se aos indivíduos que apresentam falta de conhecimentos adequados de saúde e em segundo lugar aos que possuem conhecimentos adequados, mas que por muitos motivos não praticam os comportamentos de saúde recomendados.

A educação para a saúde não inclui somente os indivíduos e suas famílias, mas também as instituições e as condições sociais que impedem e/ou facilitam que os indivíduos atinjam uma saúde óptima. (Griffiths, W, 1972)

Ressalta a obrigatoriedade de uma revisão de métodos a utilizar, de forma a identificar os que são úteis e necessários à comunidade, abandonando os que não são válidos, reformulando ou elaborando novos programas que ajudem a alcançar os objectivos de *saúde para todos no ano 2000*, tendo por finalidade ajudar os indivíduos e comunidades, incentivando a auto-responsabilização, respeito e criação de uma consciência crítica acerca dos problemas de saúde, de modo a obter uma maior contribuição e eficácia das populações na resolução dos seus problemas.

Este objectivo conduz à utilização de estratégias de intervenção adaptadas a cada comunidade que satisfaçam as reais necessidades e aspirações, sejam capazes de se relacionar com o contexto sócio-cultural e que, ao mesmo tempo, promovam a participação activa dos indivíduos na planificação e prestação dos cuidados de saúde.

Dá a necessidade da equipa de saúde conhecer a fundo a *cultura da saúde* das comunidades onde desenvolve as suas acções, apercebendo-se de como essa cultura, apesar de influenciada pela organização política e económica, tem uma dinâmica própria.

Devido a esta influência mútua, é imprescindível que a Educação para a Saúde

se alicerce na aquisição de novos comportamentos, a nível individual e social, reduzindo os factores políticos, económicos e ambientais que possam ter um efeito neutralizante e negativo sobre o comportamento.

Para cumprir esta tarefa de uma forma efectiva, a Educação para a Saúde deve receber um forte impulso das políticas nacionais (Meta 15)<sup>(c)</sup> facilitando suporte económico, legislativo e um tipo de estrutura institucional que dê origem a um ambiente em que a população possa exercer os seus direitos e obrigações, participando a nível individual e colectivo no planeamento, programação e avaliação dos cuidados de saúde.

Urge então a necessidade de distribuição equitativa de recursos e actividades afins, reconhecendo que a saúde não é estritamente um problema sanitário, mas também biológico, ambiental, cultural, social e económico. Daí a necessidade de uma maior e melhor cooperação inter-sectorial, fortalecendo os laços afectivos com a comunidade, estimulando a população a desejar ter saúde; saber como preservá-la e, ao mesmo tempo, fazer tudo o que estiver ao seu alcance para conservá-la, procurando ajuda sempre que necessite.

## **PRESSUPOSTOS E BASES TEÓRICAS DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

Actualmente, Educação para a Saúde não significa simplesmente modificações nos hábitos e comportamentos geradores de doença, mas visa sobretudo *inculcar* nos cidadãos uma maior responsabilização nas opções que dizem respeito à saúde e ao bem-estar, tanto em termos individuais como colectivos, apoiando-se cada vez mais na promoção de atitudes positivas do que na agitação do espectro da doença.

A Educação para a Saúde pressupõe uma **educação para a vida**. Daí esta

---

<sup>(c)</sup> Meta 15 - Recomenda a todos os estados Membros a necessidade de implementação de programas de educação para a saúde, de forma a dar às populações os conhecimentos, capacidades e motivações necessárias para a preservação da sua saúde.

*abordagem exigir, num primeiro momento, a observação e escuta activa e, num segundo tempo, valer da ajuda de uma teoria* (Andrade, 1995, p 21).

Esta teoria fornece informações precisas, mas o conhecimento tornar-se-á insuficiente uma vez que jamais substituirá a inteligência das relações interpessoais e a própria intuição. *O saber deve ser uma referência, não um filtro que bloqueia o indivíduo a tomar as suas opções* (Pardal, 1994).

O contributo científico leva-nos a compreender que nada é definitivo. Deste modo, as teorias permitem uma reflexão permanente e um questionamento contínuo das práticas e experiências de vida, submetendo-as à imprevisibilidade dos factos quotidianos e interrelacionando-as com as atitudes comportamentais dos indivíduos.

A Educação para a Saúde alicerça-se em quatro sólidos pilares: Ciências da Saúde, do Comportamento, da Educação e da Comunicação.

A primeira, **Ciências da Saúde**, tendo por base uma concepção holística de homem (bio-psico-social), desenvolve a sua acção de forma a actuar aos três níveis de prevenção - primário, secundário e terciário - remetendo-nos para as disciplinas de medicina clássica e suas especialidades, medicinas paralelas, nutrição, fisioterapia, saúde comunitária e enfermagem.

A segunda, **Ciências do Comportamento**, conduz-nos à análise, compreensão e explicação da origem e factores causais de diferentes comportamentos. A Psicologia debruça-se sobre o comportamento individual e a Sociologia analisa o comportamento dos indivíduos inseridos em grupo, consoante o papel que desempenham na família, trabalho ou na própria comunidade/sociedade em que se inserem. A Antropologia estuda os diferentes estilos de vida, cultura, crenças, tradições, hábitos e costumes dos indivíduos vivendo em sociedade. Estas ciências, na medida em que permitem observar os comportamentos individuais e colectivos, tornaram-se um precioso auxílio na Educação para a Saúde.

A terceira, **Ciências da Educação**, ocupa um lugar de destaque devido ao forte contributo das disciplinas de Pedagogia e Andragogia, que dispendo de uma

gama de saberes teórico-práticos permitem analisar e compreender os diferentes processos de aprendizagem e a interpretação dos comportamentos humanos ao longo da vida e nos diferentes contextos onde se produzem.

Finalmente, em quarto lugar mas não menos importante, surgem as **Ciências da Comunicação**. Valendo-se dos mais variados meios – escritos, orais e audiovisuais – representam um efectivo suporte de transmissão da mensagem à comunidade, lançando mão de uma vertente comunicativa com um potencial inesgotável como são os *mass-média* que, usufruindo de técnicas especializadas de comunicação, transmitem rapidamente as mensagens a um público vasto e heterogéneo.

A Educação para a Saúde converge mais de fenómenos de compreensão e interpretação do que da explicação. A Educação para a Saúde não poderá nunca resultar de uma única concepção teórica, seja ela de ordem biológica, comportamental ou psicanalítica, mas do cruzamento de diferentes filosofias e áreas do saber.

À semelhança de outras áreas onde se exerce o esforço humano, a Educação para a Saúde tem-se caracterizado pela controvérsia e debate dialéctico. A sua base teórica reflecte com frequência estas diferenças ideológicas. Provenientes de diferentes filosofias, tentativas várias tem sido feitas para produzir tipologias que procuram descrever as diferentes formas de abordar a Educação para a Saúde. (Tones, 1985)

É vulgarmente aceite a abordagem tradicional de Educação para a Saúde que está submetida ao modelo médico (Vuori, 1980), focando por isso o indivíduo de um modo reducionista. O principal enfoque desta posição centra-se na prevenção da doença aos níveis da prevenção - primária, secundária e terciária - persuadindo o indivíduo a adoptar estilos de vida que reduzam o risco de contrair doença e/ou facilitar a sua recuperação e é tipicamente acompanhada pela exortação à utilização correcta dos serviços de saúde.

Esta formulação constitui uma parte legítima da promoção da saúde. No entanto, a perspectiva da OMS face à função da Educação para a Saúde em geral e



particularmente numa abordagem preventiva individualizada, mudou de forma significativa, redireccionando-a para a necessidade de uma abordagem mais globalizante, como a adopção de estilos de vida saudáveis e desvalorizando a simples adesão ao aconselhamento clínico e persuasão dos utentes para as teorias médicas da doença, fomentando a negociação e colaboração com o equipa de saúde de modo a que os utentes possam ser informados e ajudados a tomar decisões.

A resultante esperada da Educação para a Saúde é objectivamente melhorar a consciência da comunidade sobre as origens sociais das doenças e o impacto negativo que alguns aspectos do ambiente têm na saúde. **É promover a aprendizagem, relacionando-a com a saúde e a doença, através do diálogo homem/meio, implicando a aquisição de conhecimentos e de entendimento, facilitando as tomadas de decisão baseadas na informação,** mais do que alcançar mudanças relacionadas com a saúde através de propaganda ou outras formas de coerção.

Na realidade, a principal finalidade da educação para a saúde é melhorar a saúde das populações e um dos seus objectivos é a tentativa de remover obstáculos pessoais e ambientais que possam inibir uma opção genuinamente livre.

A primeira fase do processo de educação consiste na transmissão de informação e na promoção do entendimento, designado frequentemente por comunicação. Green (1983) estabelece uma interligação muito estreita entre a informação e a educação, incluindo-as como elementos de um mesmo *continuum*. . .

Phares (1976), afirma que *“atingir o controlo sobre o meio ambiente, alcançar competência e/ou posições de poder e influência em geral, tudo requer que o indivíduo renuncie à tentação do presente, pela promessa do melhor, no futuro”*

Outro aspecto a ter em conta é sem dúvida o das crenças e valores associados às mesmas, exigindo um diálogo constante em vez de prescrição, em que a perspectiva de quem aprende tem necessariamente de ser partilhada.

De grande importância no fomentar da capacidade de tomada de decisão é a auto-estima e, obviamente, esta prende-se com a saúde.

O elemento final a integrar, do conjunto de características associadas à autonomia, relaciona-se com as capacidades sociais e outras capacidades da vida. A autonomia adquire-se através da socialização e das experiências de vida.

Como referem Feuerstein e Lovel (1983), outra especificidade de autonomização é sem dúvida o desenvolvimento comunitário, considerando-o relevante em qualquer tipo de abordagem multi-sectorial na resolução dos problemas da comunidade, enraizado num compromisso de participação comunitária.

O verdadeiro desenvolvimento comunitário caracteriza-se pelo assumir de opções genuinamente autónomas pelas comunidades, utilizando diferentes estratégias e técnicas de “educação não formal” (Pardal, 1990), fundamentais para atingir metas de política social.

## **DIMENSÃO DA CULTURA NA ACÇÃO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

A atitude de uma sociedade face à saúde e à doença está directamente ligada à sua cultura. Numa sociedade, a cultura constitui o conjunto de traços comuns a um grande número de indivíduos, transmitidos de geração em geração por processos de ensino/aprendizagem. Mas a cultura pode assimilar ideias novas, incutindo-lhe um certo dinamismo.

A importância dos factores culturais - *crenças, valores, tradições* - na determinação de comportamentos relativos à saúde, assim como a atitude dos agentes de saúde face a estes, deverão ser objecto de reflexão quando do planeamento de acções neste âmbito.

Segundo a classificação e comentário de Kroeber e Huckhon sobre uma definição de Tylor, entende-se *Cultura como um conjunto interligado de maneiras de pensar, sentir e agir mais ou menos formalizadas, que sendo aprendidas e partilhadas por uma pluralidade de indivíduos servem de uma maneira*

*simultaneamente objectiva e simbólica, para organizar essas pessoas numa colectividade particular e distinta.*

As principais características da cultura para que este autor aponta são:

- A sua influência em toda a actividade humana no que se refere a conhecimentos, afectos e interpretações. A cultura é acção, e a sua principal característica é ser vivida por pessoas, cada uma delas com uma dinâmica própria.
- A formalização das maneiras de pensar, sentir e agir, em maior ou menor grau. Deste modo, quanto maior for a formalização maior será a área de adaptação e interpretação individual.
- A partilha por uma multiplicidade de indivíduos de formas comuns de pensar, sentir e agir, reconhecidas como modos de vida, adquirindo deste modo um carácter colectivo, logo social.
- A sua aquisição através dos diversos modos e mecanismos de aprendizagem e socialização.

A abordagem deste conceito é importante, uma vez que torna mais concreto algo que as pessoas de uma maneira geral encaram como abstracto, ao mesmo tempo que se torna essencial para a compreensão da sua influência numa acção de Educação para a Saúde cujo principal objectivo é manter a saúde, em que para tal é necessário modificar os hábitos de saúde e modos de vida. Especificando, há muitas situações em que o objectivo dos actores sociais é manter as crenças e condutas existentes, visto estas serem adequadas. Noutras circunstâncias, a mudança poderá ser desejável, embora nem sempre seja possível.

Assim, o bem-estar de um indivíduo ou grupo poderá ser prejudicado por uma tentativa de alterar crenças relativas à saúde que não se coadune com as forças culturais existentes, ou pela alteração de factores que embora negativos permitem a manutenção da estabilidade individual ou do grupo. Por vezes, as crenças existentes relativamente a cada situação integram em cada comunidade um código moral e ético tão consistente que se verifica uma forte resistência à mudança.

Infere-se daqui que não basta estar convicto de que uma crença relativa à saúde necessita de ser mudada, pois atingir esse objectivo pode ser extremamente

difícil devido à complexidade de factores que contribuem para o estabelecimento e manutenção de tal crença. Tudo o que envolve mudanças atitudinais ou comportamentais torna-se extremamente difícil e moroso, porque estas não se alteram através do ensino de factos. O que o *indivíduo ou grupo aprenderá tendo em vista a sua saúde*, dependerá em última instância da orientação da sua cultura (Grande, 1994)

## RELEVÂNCIA DOS ASPECTOS CULTURAIS NA DETERMINAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS NA SAÚDE

*A história da medicina/saúde assenta fundamentalmente nas reacções e comportamento do ser humano e no seu comportamento face aos perigos que põem em risco a sua saúde*, e data de séculos de utilização de diversos e numerosos sistemas de tratamento e prevenção baseados em coincidências, concepções e ditos não verificados. Esta forma de medicina, fundada em tradições e crenças antigas, no que respeita à saúde/doença, constitui ainda hoje força de lei em algumas zonas e regiões, em todo o mundo.

Embora a tendência seja para abandonar as práticas empíricas a favor de uma medicina científica — o que se compreende devido aos grandes avanços científicos, aos aperfeiçoamentos gerados, e ao grande incremento efectuado nos serviços de saúde — apesar da criação de instâncias do saber e da obrigatoriedade do cumprimento da ensino básico, apesar das correntes migratórias na busca de melhores condições de vida e o consequente contacto com novas culturas, os *curandeiros e curiosas* continuam a ter um papel relevante nas comunidades. Vivendo no mesmo meio cultural das pessoas que tratam, já adquiriram um certo estatuto, aliando o facto de possuírem um profundo conhecimento dos saberes populares, interpretam os problemas à luz do seu pensamento e consciência, e ajudam na sua resolução.

*A persistência da medicina popular indica um estado de adaptação e de harmonia e, na maioria das vezes, de real satisfação, implicando factores de ordem afectiva, cultural, social ou económico, razão pela qual é de extrema importância ser tida em consideração pelo educador de saúde ao planear qualquer tipo de intervenção comunitária de carácter educativo a uma população específica; não o fazer implicará, possivelmente, o insucesso da acção.*

Na Conferência da Organização Pan-Americana da Saúde foi apresentada uma situação do quotidiano, que fundamenta tal questão.

"Numa vila sul-americana, a única fonte de água existente era um poço situado no centro da localidade. Duas vezes por dia as mulheres deslocavam-se ao respectivo poço transportando pesados baldes que enchiam, regressando de novo a suas casas. A dada altura a autoridade sanitária da região apercebeu-se de que a água estava imprópria para consumo e procedeu-se de imediato à reestruturação da rede de abastecimento, recorrendo a técnicos especializados para o efeito, onde instalaram canalizações para condução de água a toda a vila.

Assim com grande esforço, cada casa foi dotada de água corrente, com a colocação de uma torneira na cozinha. Alguns meses passados e com grande espanto veio a constatar-se que a grande maioria das mulheres continuava a ter o mesmo procedimento anterior, agravado pelo facto de que só utilizavam a torneira da sua residência em casos excepcionais ou em situação de extrema urgência."

Do que ficou dito pode concluir-se que qualquer programa de educação desta natureza que não tenha por base a análise e aceitação das crenças e experiências da população, pode conduzir ao insucesso, daí que qualquer acção no sentido de modificar hábitos de saúde e modos de vida implique uma mudança individual, cultural, social e comunitária.

As populações adoptam muitas vezes comportamentos dos quais os educadores de saúde discordam e gostariam de mudar, mas é necessário e importante que estes compreendam que muitos deles se baseiam na satisfação de certas necessidades e têm em vista determinados fins que não tem necessariamente relação com a saúde. De facto, *a maior parte das pessoas, aspiram simplesmente a um estado de adaptação que lhes permita atingir os objectivos que elas próprias fixaram* (Martin, 1971)

Os hábitos de saúde baseados em crenças, tradições, mitos e superstições, desenvolvidas ao longo dos tempos no quadro da experiência colectiva (luta pela sobrevivência e melhores condições de vida), dão aos indivíduos um sentimento de segurança que resiste às explicações. A saúde que as pessoas desejam não está, na maioria das vezes, concordante com a que os técnicos de saúde consideram ideal.

Para os profissionais de saúde em geral, a gravidade de uma doença é vista num contexto global e comunitário e daí a necessidade de implementar mudanças culturais e educacionais para a resolução da situação e a diminuição da incidência de casos. Este desencontro de pensamento é algo problemático, exigindo uma análise consensual por parte dos educadores de saúde, antes de iniciar qualquer tipo de intervenção de Educação para a Saúde na comunidade.

A grande diferença cultural entre a equipa de saúde e o grupo populacional a quem o ensino se dirige, para além de poder suscitar grandes dificuldades e provocar o insucesso dos programas de saúde, pode ainda agravar as relações educador/educando, essenciais para a eficácia da intervenção.

Para a maioria das pessoas, doença é algo que as afecta individualmente e que se relaciona com as suas experiências pessoais, acarretando sofrimento físico e mental para além dos encargos financeiros e profissionais, comprometendo seriamente as suas necessidades, objectivos e aspirações, daí o conceito de doença diferir de indivíduo para indivíduo segundo o tipo de trabalho que cada um desenvolve. A título de exemplo, podemos estabelecer a diferença entre um trabalhador rural e um intelectual, em que o primeiro valoriza a dor física e o segundo a psíquica. De igual forma, o limiar da dor e a forma de manifestar os sintomas da mesma doença depende dos grupos culturais considerados.

O conceito de saúde/doença não interfere apenas no objectivo de cura, mas também numa perspectiva de prevenção, já que esta é encarada de diferentes formas, consoante o indivíduo ou o grupo cultural a que se destina. A interpretação do que é estar doente depende *do sistema de valores que serve de quadro de referência ao grupo a que o indivíduo pertence e que reflecte uma certa filosofia de vida* (Martin, 1971).

É aceitável que indivíduos com uma posição sócio-económica desfavorecida e que labutam diariamente pela sua subsistência tenham uma filosofia de vida centrada num presente um tanto fatalista, denotando uma *sensação de impossibilidade de melhorar o seu estado sócio-económico e maior prontidão para aceitar ganhos imediatos*. Esta atitude perante a vida em busca de uma satisfação imediata colide frequentemente com as acções preventivas, uma vez que os resultados desta só se tornam visíveis a médio ou longo prazo.

No dia-a-dia, constata-se que os indivíduos de meios mais desfavorecidos são aqueles que na sua maioria resistem à mudança de atitudes, pois pensam que estar doente é *obra do destino* e, quando se sentem bem, não vêem justificação para recorrer aos serviços de saúde.

É consensual que no planeamento de uma acção de Educação para a Saúde, é imprescindível considerar as características, necessidades, interesses e motivações do indivíduo/população, bem como o seu *background*<sup>d)</sup> de conhecimentos, experiências, modos e estilos de vida. Além disso, é evidente a necessidade de ter em consideração o meio/comunidade e os recursos materiais e humanos de que dispõem para desenvolver tal acção. O êxito ou fracasso deste tipo de intervenção prende-se com o contexto cultural de cada interveniente.

Sendo a cultura um “conjunto complexo que engloba os conhecimentos, as crenças, a arte, o direito, a moral, os costumes e todas as outras aptidões e hábitos que o homem adquire enquanto membro de uma sociedade” Taylor, (1980), e que sendo apreendidas e partilhadas por uma multiplicidade de pessoas que se organizam numa comunidade distinta e particular, aquela determina, em grande medida, os conhecimentos e experiências de cada indivíduo e da própria comunidade, influenciando grandemente na motivação de cada indivíduo ou população.

No que se refere à prevenção das doenças e segundo Redman (1971), a motivação individual está dependente de quatro factores:

---

d) Conjunto de conhecimentos próprios e da comunidade em causa.

- O indivíduo acreditar ser susceptível à doença em questão;
- Acreditar que a doença teria grandes efeitos na sua vida, se ele a contraísse;
- Saber que certas acções devem ser aceites e acreditadas porque essas podem reduzir a probabilidade de contrair a doença ou reduzir a sua gravidade;
- Acreditar que aceitar a acção não é tão ameaçador como a própria enfermidade.

Por vezes, a motivação pode estar relacionada com a necessidade de adquirir novos conhecimentos mas, de um modo geral, os indivíduos apenas se sentem motivados por tudo aquilo que está directamente relacionado com seu modo de vida, problemas e necessidades e é compatível com o sistema cultural de crenças, valores, conhecimentos e vivências adquiridas.

## **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DA COMUNIDADE - UMA ACTIVIDADE INTERACTIVA**

Em Setembro de 1984, a Comissão Regional da Europa da OMS aprovou “*as metas regionais de saúde para todos*” em que devem assentar as bases da política de saúde. Mas para alcançá-la é imprescindível reunir algumas condições que passam pelo encorajamento de estilos de vida saudáveis e pela salvaguarda do ambiente, pela prestação de cuidados de saúde adequados e ajustados à população, bem como pela existência de medidas de suporte pertinentes a nível de pesquisa e formação.

Tendo por base tais premissas, o sistema de saúde deve assentar numa equilibrada rede de cuidados de saúde primários, reconhecendo neles a chave do sucesso. As metas a atingir têm por base um aumento significativo do comportamento positivo para com a saúde, permitindo uma representação efectiva da comunidade onde serão desenvolvidos sistemas de cuidados de saúde primários, apoiados pelos secundários e terciários, tal como foram delineados na conferência de Alma-Ata,



reconhecendo-se, no entanto, que os cuidados de saúde primários são o veículo privilegiado, dado o seu envolvimento a nível comunitário e os elos de ligação que tem estabelecido com os indivíduos dessa mesma comunidade.

Não obstante as questões levantadas, a aquisição de comportamentos positivos em relação à saúde tem a ver com a promoção da saúde, o papel dos diferentes actores e o tipo de actividades de promoção para a saúde que deverão ser contemplados em cuidados de saúde primários.

Este questionamento originou algumas reflexões pelos diferentes intervenientes a nível local, regional e internacional, preocupados com esta temática.

Finalmente reconheceu-se a necessidade da criação de um ambiente social onde a saúde seja encarada como um estilo de vida ao alcance de todos os indivíduos, grupos e da própria sociedade, reconhecendo a cada cidadão o papel importante que lhe é atribuído, não esquecendo os meios de que dispõe para o desempenhar.

Nesta perspectiva, os interlocutores terão de assumir um papel efectivo e de verdadeiros agentes de formação, transformação e mudança.

Segundo a Carta de Ottawa (1986)<sup>e)</sup>, *aos grupos profissionais e sociais e aos profissionais de saúde incumbe a máxima responsabilidade enquanto mediadores entre os diferentes interesses da sociedade*, na prossecução da saúde. Por esta razão, uma das muitas funções da Educação para a Saúde é a de despertar a consciência dos grupos profissionais em geral e dos actores da saúde em particular, dotando-os de competências técnico-científicas, relacionais e comportamentais, no sentido de modificarem a sua *praxis*, mediatizarem e defenderem o seu papel, tanto individual como colectivamente.

O encruzamento dos saberes empíricos e teórico-práticos torna-se cada vez mais evidente, devido ao facto de qualquer acção educativa implicar necessariamente a confluência desta tríade. Os agentes sociais devem conhecer profundamente a comunidade, hábitos e tradições culturais, para determinação dos comportamentos

---

<sup>e)</sup> Conferência Internacional para a promoção da saúde com vista a uma nova Saúde Pública, realizada entre 17 e 21/11/1986 na cidade de Ottawa no Canadá, reunindo 33 países com o intuito de troca de experiências e conhecimentos sobre a promoção da saúde.

relativos à saúde e da receptividade dessas mesmas acções, tendo igualmente presente as concepções particulares e distintas relativamente ao conceito saúde/doença dos indivíduos com quem vai interaccionar e que de alguma forma podem ser divergentes.

Pensamos ser esta a única forma possível de obter resultados positivos e suscitar uma cooperação activa por parte da população, de modo a obter mudanças e transformações, pois é esta a grande finalidade das práticas da Educação para a Saúde.

Outro aspecto a não descurar é o conhecimento da hierarquização desse grupo, lugares de ascendência ou de dominação marcadamente influente que possam servir como elo de ligação ou principal agente de transformação e mudança no seio do próprio grupo a quem se dirigem, utilizando-o como um recurso na implementação das acções educativas, de acordo com as diferentes etapas do processo atendendo às necessidades, hábitos, modos e estilo de vida, crenças, tradições e atitudes dos grupos sociais envolvidos — à sua cultura.

Deste estudo podemos concluir que há que estar mais atentos aos aspectos individuais como as necessidades físicas, limitações, características pessoais, sentimentos e emoções de cada indivíduo, sem deixar de ter em conta o factor cultural, daí ser necessário que *o educador da saúde seja capaz de abandonar um etnocentrismo, quase sempre impulsivo, e compreender e aceitar que não há culturas melhores ou piores, apenas diferentes, devendo ser respeitadas e tidas em consideração quando se pretende trabalhar com indivíduos, grupos e comunidades.*

É imprescindível que o formador da saúde se consiga *distanciar* o suficiente para analisar as diferentes situações sem que o faça imbuído de preconceitos culturais. Outro ponto a considerar é o que acontece frequentemente devido às diferenças culturais, em que os problemas identificados pelo actor social nem sempre correspondem às reais necessidades. Daí dever-se trabalhar *na comunidade com as populações e não para elas.*

Grande, (1995) reafirma que *não há nenhum conjunto de regras, ou receitas que garantam o sucesso das acções educativas com pessoas de diferentes culturas.*

No entanto, a disponibilidade e a aceitação dos indivíduos e da sua cultura são os requisitos básicos essenciais para desenvolver um trabalho efectivo neste campo. É importante analisar a situação sócio-cultural, as particularidades de crenças, tradições e experiências de vida e a linguagem da comunidade em que se pretende intervir, no sentido de encontrar um caminho que facilite a participação activa e o envolvimento com a população e os informantes privilegiados, para, em conjunto, identificar as necessidades e problemas existentes, partindo daí à busca de soluções, na tentativa de êxito das acções educativas.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A educação para a saúde contribui para promover a saúde das populações, permitindo aos indivíduos, grupos e comunidades prosseguirem os objectivos que fixaram relativamente à saúde, mantendo e melhorando a qualidade de vida, prevenindo a mortalidade e morbilidade e as incapacidades evitáveis, aumentando a interacção humana e favorecendo a autonomia do utente/doente em caso de cuidados e tratamento.

Para a concretização destes objectivos e progredir em matéria de saúde, os actores sociais devem trabalhar de forma a favorecer uma sociedade informada e um sistema funcional que responda às necessidades da comunidade, tendo presente um quadro de princípios orientadores, no sentido de promover as ideias e aumentar a consciência e o interesse colectivo, fazendo avançar as forças sociais que influenciam as políticas públicas e os meios a favor da saúde, permitindo às populações a aquisição de conhecimentos e competências necessárias à adopção de estilos de vida saudáveis, sem obstar a capacidade de agirem individual e colectivamente para melhorar a saúde.

Por último, a educação para a saúde deve apoiar o desenvolvimento de normas sociais de promoção da saúde, de alianças e de sistemas que sejam sensíveis e que reajam às necessidades de saúde e aos interesses das populações. Os educadores de saúde, em concertação com outros actores sociais, devem tomar consciência de que estes princípios constituem a base comum para agir e criar condições, permitindo influenciar os estilos de vida favoráveis à saúde.

Imprescindível se torna possuir conhecimentos básicos sobre conceitos teóricos e metodológicos nas acções de promoção e educação para a saúde, sobre epidemiologia (social e do comportamento), organização e desenvolvimento comunitário, teorias sociais, do comportamento e da comunicação, bem como dos processos e métodos de educação e mudança social. É igualmente necessário conhecer as populações, hábitos, crenças e costumes da região, as prioridades de saúde que ameaçam a qualidade de vida e os comportamentos associados a esses problemas de saúde, necessidades individuais e colectivas e as informações sobre as condições sócio-económicas e ambiente cultural.

Resumindo o que foi dito ao longo deste capítulo, a educação para a saúde constitui só por si um acto interminável. O seu principal objectivo assenta na formação permanente e no exercício do sentido da responsabilidade. O perfil e as estratégias do educador para a saúde situar-se-ão entre o planeamento, execução e avaliação das acções educativas, reconhecendo competências técnico-científicas aos agentes transformadores da sua própria atitude e acção, sendo este processo educativo ilimitado, iniciado na família e percorrendo o ciclo da vida, compreendendo espaços de diálogo contínuo e de partilha permanente, projectando a sua acção a nível local/comunidade. A educação para a saúde não se ensina, aprende-se.

Vimos ainda que as alternativas individuais e familiares para favorecer a saúde dependem do grau de convencimento e motivação, e que sendo a saúde um direito, os cidadãos em geral devem saber como exercê-lo e como lhes são oferecidos os serviços da comunidade para que tal direito se cumpra. Tudo isto não está isento da influência de múltiplos factores, nomeadamente político-governamentais, técnico-económicos e sócio-culturais.

---

### **Capítulo III**

## **GENERALIDADES ACERCA DA INFECÇÃO PELO VÍRUS DA HEPATITE B**

---

Segundo a OMS, a infecção pelo vírus da hepatite B é para a Saúde Pública um dos maiores problemas da actualidade. As estatísticas mundiais mostram que aproximadamente 5% da população mundial está infectada, duzentos milhões são portadores crónicos e cerca de dois milhões de pessoas acabam por falecer anualmente vítimas desta enfermidade, ou de complicações decorrentes da doença (WHO, 1989). Estima-se que, conjuntamente com a *malária* e a *schistosomíase*, seja uma das três doenças infecciosas mais prevalentes no mundo.

Os conhecimentos acerca da doença têm aumentado consideravelmente nos últimos anos, impulsionados pelo facto se tratar de uma doença aguda, podendo tornar-se crónica grave, vulgarmente designada por doença hepática crónica progressiva, cirrose, ou carcinoma do fígado.

Por outro lado, a hepatite B não apresenta manifestações exclusivamente hepáticas, envolvendo outros órgãos e sistemas, daí ser considerada uma doença sistémica. Torna-se portanto necessário conhecer a sua etiologia, prevalência, vias de transmissão, bem como o diagnóstico, evolução, prognóstico e tratamento da doença, o que constitui tema central deste capítulo. É fundamental reconhecer os mecanismos de *prevenção da doença*, de forma a contribuir para que no mais curto espaço de tempo seja possível travar a sua propagação e chegar mesmo à sua erradicação.

Após anos de pesquisa, atingiu-se já o primeiro objectivo para o controlo eficaz desta infecção, isto é, a descoberta, preparação e comercialização de uma vacina segura e com uma eficácia superior a 95%. No entanto, este não era o único objectivo. Igualmente importante será a utilização de medidas de prevenção,

privilegiando estratégias que levem ao conhecimento das populações as medidas de segurança a adoptar e alterações nos comportamentos favoráveis à infecção, pois o vírus da hepatite B transformou-se num risco para toda a comunidade e não apenas para determinados grupos. Pela incidência e prevalência nas populações, integra o grupo nosológico das doenças transmissíveis de declaração obrigatória e só por si constitui factor de preocupação dos organismos nacionais e internacionais.

Em nosso entender, cabe aos serviços e profissionais de saúde, juntamente com a comunidade, envidar todos os esforços para que se cumpra tal objectivo, lançando mão dos recursos e meios disponíveis em matéria de *prevenção e educação das populações*.

## CARACTERIZAÇÃO ETIOLÓGICA E EPIDEMIOLÓGICA

O vírus da Hepatite B, designado por VHB, é o agente causal da doença. Foi detectado pela primeira vez em estivadores alemães que após terem sido inoculados contra a varíola adoeceram com a então chamada *hepatite catarral*.

Embora o conhecimento do vírus da Hepatite B date de há cem anos, só em 1963, com a descoberta do antígeno *Austrália* por Blumberg e seus colaboradores, (Quaresma, 1983, p. 73) o conhecimento desta patologia sofreu um notável impulso. Em 1970 descobre-se a partícula viral designada por *partícula de Dane*, e em 1975 inicia-se a preparação da vacina a partir do soro de indivíduos infectados.

A Hepatite B é uma doença transmissível que afecta o fígado, podendo apresentar-se de forma aguda ou crónica.

Morfológicamente é constituído por um revestimento lipoproteico, onde se encontra o *antígeno de superfície* HBsAg e uma parte central denominada *core* ou *núcleo*, onde se encontram o DNA que desempenha um papel importante na

replicação do vírus e ainda o antígeno do *core* - HBcAg. Para além dos antígenos já referidos, existe uma proteína independente circulante no sangue que também apresenta propriedades antigénicas - HBeAg. Esta proteína é encontrada exclusivamente no soro dos indivíduos HBsAg positivos e é imuno e bioquimicamente distinta do HBsAg e do HBcAg.

Num indivíduo infectado pelo VHB poder-se-á observar através do microscópio electrónico três partículas diferentes no soro; as partículas de Dane, as formas esféricas e as formas tubulares.

As partículas de Dane são o que vulgarmente se designa por virão completo HB, enquanto que as formas esféricas e tubulares são constituídas apenas pelo invólucro e contêm o HBsAg.

O VHB, uma vez integrado no DNA da célula hospedeira, passa a replicar-se e a sintetizar HBsAg, HBcAg e HBeAg. Estes antígenos são o que chamamos de *marcadores* da infecção e são, em geral, produzidos em maiores proporções do que as partículas virais completas.

## PREVALÊNCIA, TRANSMISSÃO E DIAGNÓSTICO

Kane (OMS, 1989), chamou a atenção para o facto de mais de metade da população mundial estar infectada com o vírus da Hepatite B, estimando em cerca de trezentos e cinquenta milhões os indivíduos portadores crónicos. Estes portadores para além de serem um reservatório de infecção, mantendo a transmissão do vírus, apresentam também um alto risco de mortalidade por cirrose hepática e carcinoma hepato-celular.

A prevalência varia de 30% a 100% em algumas zonas hiperendémicas da Ásia, África e Oceania, de 2% a 7% nos países mediterrânicos, sendo inferior a 1%



nos Estados Unidos da América, Canadá e na maioria dos países ocidentais da Europa.

Em Portugal não se conhecem estudos fiáveis sobre a prevalência, mas o facto de uma parte da população ser oriunda de países Africanos e Timor e a nossa proximidade aos países mediterrânicos, prevêem-se valores que oscilam entre 0,8% e 1%. Um grupo de trabalho do Ministério da Saúde aponta para 1,5% da população. A Organização Mundial de Saúde considera que em Portugal e Grécia o problema é preocupante, uma vez que as medidas profiláticas são ainda insuficientes e inadequadas.

O reservatório da infecção e o foco é o Homem através dos produtos biológicos, nomeadamente o sangue, esperma, secreções vaginais, saliva e lágrimas. O contágio através das fezes é desprezível, parecendo dever-se ao poder inibidor do líquido duodenal, perdendo assim o vírus a capacidade de infectar (Dienstag, et al 1989, pg. 1226). As vias de transmissão mais comuns são a vertical e a horizontal (Cordeiro, 1991).

A primeira ocorre a partir de sangue contaminado da mãe portadora para o filho, quer durante o trabalho de parto, quer provavelmente por via transplacentária. Se a mãe for portadora apenas do antigénio de superfície HBsAg, o risco de infecção para a criança é de cerca de 20%. Se a mãe for portadora de outros antigénios HBeAg, o risco aumenta para cerca de 70%. Perante esta situação, a probabilidade de a criança se tornar portadora crónica é muito mais elevada podendo atingir os 95%.

O risco de transmissão através de saliva, leite materno e mamilos fissurados não é contra-indicação à prática do aleitamento materno, antes devendo ser factores que reforcem a indicação de imunoprofilaxia no recém-nascido, o que particularmente neste grupo se tem tornado eficaz.

A segunda, horizontal ou directa, de indivíduo para indivíduo, pode apresentar diferentes formas; a via parentérica (incluindo o contacto com sangue infectado) e a via não parentérica. Esta inclui a via sexual (homo, bi e heterossexual), sobretudo se o

acto provocar hemorragia das mucosas; e a difusão interpessoal, através do contacto da pele com os líquidos orgânicos já referidos.

De referir ainda que tanto a frequência como os modos de transmissão da infecção variam nas diferentes partes do mundo. Nas zonas de maior prevalência a transmissão é feita predominantemente no sentido vertical e nas restantes a hepatite B é transmitida sobretudo nos adultos jovens. O comportamento do portador é fulcral na epidemiologia da transmissão do vírus.

Estudos efectuados por vários investigadores a nível mundial e referidos por Lecour (1983) no livro publicado após a sua dissertação ao grau de doutor apresentado à faculdade de Medicina da Universidade do Porto, sobre epidemiologia da hepatite B, em 1981, permitiram inferir que determinados grupos populacionais tinham maior incidência de infecções e de portadores crónicos do que a população em geral. Segundo o mesmo estudo, a prevalência destes portadores situava-se em 08%.

A existência destes grupos de risco deve-se às suas características, condições e comportamentos de vida que facilitam o aparecimento e desenvolvimento da doença. Na hepatite B são factores de risco a considerar as situações; pessoal, profissional e geográfica.

### **Situações de risco pessoal**

Alguns grupos de indivíduos apresentam situações de risco aumentado de infecção pelo VHB, o que está relacionado com práticas ou comportamentos pessoais que implicam uma das vias de transmissão;

- Contacto com produtos infectados
- Promiscuidade sexual
- Transfusões de sangue não rastreado
- Contactos com doentes infectados com o VHB
- Condições de higiene deficitárias
- Uso de seringas e/ou agulhas conspurcadas
- Prática de tatuagens ou outras técnicas invasivas

- Zonas de continuidade da pele ou escoriações não protegidas
- Não utilização de preservativo em relações sexuais com diferentes parceiros
- Intervenções cirúrgicas
- Tratamentos dentários e/ou exames ginecológicos com material infectado
- Cônjuges de pessoas infectadas agudamente
- Membros de famílias com pacientes infectados cronicamente

### **Situações de risco profissional**

Há determinadas ocupações/profissões que podem aumentar o risco de contrair hepatite B, daí a necessidade de implementar medidas de educação para a saúde consideradas fundamentais, em termos de informação geral à população a nível individual e durante o desempenho da sua actividade profissional.

As situações que envolvem maior risco profissional incluem;

- Manipulação de produtos biológicos (sangue ou derivados, sémen, suor, saliva, lágrimas e fluidos vaginais) infectados por VHB
- Manipulação de material cirúrgico e outros, contaminado com VHB
- Manipulação de objectos utilizados por doentes infectados que possam ter resíduos dos referidos produtos biológicos
- Manipulação de lixos contaminados
- Feridas ou escoriações não protegidas.

### **Factores de risco geográfico**

Há zonas do globo consideradas endémicas de hepatite B, daí a necessidade de precaver os indivíduos, adoptando medidas preventivas de forma a evitar a propagação da doença.

- Viver ou viajar para zonas endémicas

## **Grupos de risco**

De acordo com os factores de risco já enumerados, podemos acrescentar que há alguns grupos de indivíduos nos quais o risco de vir a desenvolver a doença é mais elevada, nomeadamente:

- Doentes hemodializados
- Pessoas submetidas a transfusões repetidas
- Toxicodependentes
- Prostitutas
- Homossexuais
- Profissionais de saúde
- Indivíduos que vivem em instituições fechadas, nomeadamente em estabelecimentos prisionais e instituições psiquiátricas
- Recém-nascidos filhos de mães seropositivas ou com HBsAg desconhecido
- Residentes ou viajantes para áreas endémicas
- Familiares de portadores
- Pessoas que mantêm contacto directo e/ou íntimo com portadores
- Grupos de baixo nível sócio-económico
- Bombeiros

Para estabelecer um correcto diagnóstico da Hepatite B, torna-se necessário conjugar o estudo imunológico específico com elementos de índole variada, como a clínica, exames analíticos, epidemiologia e até histologia.

O diagnóstico clínico nem sempre é fácil devido à inexistência de sintomas, ou pelo facto de se apresentarem pouco evidentes, não sendo valorizados na maioria das vezes, nem pelo doente nem pelo clínico. As manifestações clínicas da Hepatite B são sobreponíveis às das restantes hepatites, aparecendo de uma forma insidiosa e após um período de incubação variável (entre quarenta e cinco e cento e oitenta dias). A sintomatologia é semelhante à de um síndrome gripal, com certo predomínio de sinais

e sintomas gastrointestinais que se vão agravando progressivamente. O quadro clínico poderá caracterizar-se pela presença de náuseas, vômitos, diarreia, dores abdominais, astenia, anorexia, mal-estar geral e cefaleias. A temperatura e os sintomas respiratórios são raros. No caso de estar presente um tom ictérico da pele e mucosas (o que nem sempre acontece) surgem também as fezes acólicas, colúria e hepatomegalia.

Por vezes podem ocorrer outras manifestações tais como artrites, glomerulonefrites, anemia aplástica, doença do colagénio e outras, conforme os órgãos atingidos.

No caso de suspeita de Hepatite B, a primeira atitude a tomar consiste em investigar cuidadosamente se a pessoa pertence ou não aos *grupos de risco* já referidos.

Os *marcadores* imunológicos a saber são o HBsAg e a IgM anti-HBc. Estes marcadores encontram-se sobretudo no soro, leucócitos, células mononucleares e em extractos de tecidos tais como o fígado, rim, pâncreas, baço e medula. O primeiro marcador a aparecer é o HBsAg, que indica infecção activa. O HBeAg surge logo após o anterior e pode desaparecer antes dele. Caso isso não aconteça, temos um quadro de réplica viral activa persistente, altamente indicador de progressão para a cronicidade.

A presença de anticorpos contra o antígeno de superfície anti-HBs é um indicador de cura, ou melhor, de imunidade.

A pesquisa de marcadores também é importante para avaliar a conveniência da vacinação, uma vez que a vacina não necessita de ser administrada em casos positivos para Ag HBs ou anti-HBc.

As pesquisas laboratoriais podem confirmar o diagnóstico através das elevações, por vezes acentuadas, das transaminases e/ou da *gamaglutamil transpeptidase*. Em presença dos resultados, o clínico irá decidir quais os doentes que necessitam de um estudo complementar mais pormenorizado. Os doentes que apresentam valores positivos para o HBeAg, DNA do VHB e concomitantemente

alterações da função hepática necessitam habitualmente, de recorrer a uma biópsia hepática e são potenciais candidatos à quimioterapia anti-viral. Nos restantes, a vigilância de saúde periódica é fundamental, de modo a despistar novos sinais e sintomas, ou a detectar alterações da função hepática que podem sugerir um aumento da actividade inflamatória no fígado. Se se verificarem alterações persistentes das provas da função hepática, é necessário efectuar uma biópsia hepática que irá demonstrar com precisão as alterações histológicas e fornecerá indicações sobre a necessidade, ou não, de recorrer a terapêutica anti-viral.

Depois de confirmado o diagnóstico de hepatite, em qualquer indivíduo, deve ser efectuado o rastreio da doença a todos os familiares e contactantes, seguido de vacinação se a situação o justificar.

## EVOLUÇÃO DA DOENÇA, PROGNÓSTICO E TRATAMENTO

A severidade da Hepatite B, tal como o seu prognóstico, está dependente de três factores principais; a idade do indivíduo, a quantidade de *virões* inoculados e a gravidade de qualquer doença associada.

Após um episódio agudo, os doentes podem continuar a alojar o vírus e tornarem-se portadores crónicos. Define-se como portador crónico *o doente que mantém o HBsAg há mais de seis meses, sem qualquer tipo de sinais ou sintomas de doença hepática, mas cuja biópsia revela lesões hepato-celulares como a Hepatite crónica progressiva e outras lesões associadas.*

A persistência do VHB após hepatite aguda ocorre frequentemente em indivíduos que têm uma evolução anictérica, não diagnosticada. Assim, os portadores do VHB não referem, habitualmente, história de Hepatite aguda.

As complicações mais graves da infecção pelo vírus B incluem a cirrose

hepática, a necrose hepática, a hepatite crónica activa e o carcinoma hepato-celular. A todas elas estão associadas elevadas taxas de morbilidade e mortalidade.

A Hepatite B aguda é uma doença que evolui para a cura em 90% dos casos, é fulminante em menos de 1% e evolui para a cronicidade nos restantes.

A infecção crónica pode por sua vez dar origem a portadores assintomáticos, hepatite crónica aguda activa ou persistente, sendo um transtorno progressivo e podendo terminar em cirrose ou insuficiência hepática, ou mesmo carcinoma hepato-celular. Esta transformação maligna ocorre décadas após o início da infecção.

A OMS (1989) estima que 40% dos portadores crónicos virão eventualmente a falecer por doença hepática. Deve contudo referir-se que nem todos os portadores crónicos têm um prognóstico tão sombrio e muitos nunca irão ter problemas graves de saúde resultantes do seu estado de portador. No entanto, há que atender a que continuam a ser uma causa potencial de infecção para os outros.

Quanto mais jovem for o doente e menos severa tiver sido a infecção pelo vírus B, maior é o risco do indivíduo se tornar portador.

O tratamento da Hepatite B (que tem sofrido alguma evolução ao longo dos tempos) numa situação aguda difere do das formas crónicas da doença.

Nas situações agudas é sintomático e o tratamento consiste em adoptar medidas terapêuticas e/ou de conforto, para diminuir o mal-estar do doente. É aconselhável o repouso até que a hepatite tenha efectivamente regredido, e as actividades do doente devem ser restringidas até que a hepatomegalia e a elevação da *bilirrubina sérica* voltem aos valores normais. Paralelamente a estas medidas, o doente terá que se submeter a uma dieta adequada que inclui restrição de proteínas, álcool e gorduras, sempre que o fígado se apresente com reduzida capacidade de metabolizar os produtos proteicos.

Entre outras medidas terapêuticas empregues para controlar os sintomas dispépticos e o mal-estar geral, inclui-se o uso de anti-ácidos e anti-heméticos.

A convalescença pode ser prolongada, exigindo por vezes um descanso de três a quatro meses, até à completa recuperação.

Nos casos crónicos, em que há replicação viral, quase sempre são utilizados fármacos com os quais se pretende erradicar o VHB do indivíduo, diminuir a infecciosidade do vírus e melhorar a hepatopatia. Não obstante, estes fármacos só devem ser administrados após ter sido efectuada biópsia hepática.

O *Interferon* é actualmente o fármaco anti-vírico mais utilizado, contendo propriedades imunomoduladoras e anti-neoplásicas. É usado universalmente no tratamento das Hepatites B e C, conseguindo-se suprimir a replicação em 30% dos doentes.

O *Interferon* é uma glicoproteína sintetizada pelo organismo após a infecção viral ou por clonagem genética de bactérias, tendo igualmente um efeito anti-tumoral.

A descoberta deste medicamento deve-se, em parte, ao inglês Alick Isaacs e ao suíço Jean Lindermann (1957), ao realizarem estudos sobre a resposta do organismo à infecção viral e ao fenómeno da *interferência viral* ou *actividade anti-viral in vitro*<sup>a)</sup>, verificaram a existência de substâncias produzidas por células infectadas que modificavam essas células e que tinham a capacidade de transmitir temporariamente a outras células não infectadas a resistência à infecção.

Em 1965, Kanikantell conseguiu uma produção de *Interferon* leucocitário humano natural. Mais tarde, Charles Weissman (1987), após a identificação da cadeia dos aminoácidos e clonagem genética em estirpes de *Escherichi Coli*, conseguiu o IFN em produção industrial e que designou de *Interferon*.

Segundo um artigo publicado no jornal "Tempo Medicina", as acções biológicas variam com o tipo de IFN e linhagem, tendo-se já identificado os seguintes efeitos:

- Anti-proliferativo
- Inibição da expressão oncogénica
- Modulação do sistema imunitário
- Acção na diferenciação celular
- Regressão fenotípica em células neoplásicas
- Acção anti-viral

---

<sup>a)</sup> Modificações que se processam na célula que, quando infectada por um vírus, tem capacidade de resistir a outros vírus, não sendo essa resposta mediada por anticorpos (neutralização), mas por fenómenos que se dão no interior da célula e impedem a multiplicação viral



Até há poucos anos, os avanços em imunologia foram lentos. A partir dos anos 70, devido aos grandes progressos verificados na biotecnologia e engenharia genética, foi possível adquirir um conhecimento muito mais profundo do sistema imunitário e consequentemente grandes avanços na imunoterapia. O papel do sistema imunitário e da terapêutica imunobiológica têm sido os objectivos principais de uma grande parte da investigação.

O *Interferon* é utilizado frequentemente para tratar doentes que são seropositivos para o HBcAg e o DNA do VHB e que têm evidência histológica de hepatite crónica activa. Cerca de 30% a 50% destes doentes, que recebem injeções subcutâneas de *Interferon* à razão de 5 a 10 milhões três vezes por semana, durante um período de 3 a 4 meses, perdem o DNA do VHB e o HBeAg.

Dos doentes que perdem o HBeAg, a maioria irá depurar o HBsAg sérico num período médio de três anos. Tendo depurado o vírus, os riscos de maior deterioração da função hepática são remotos. Os doentes com transaminases séricas normais e hepatite crónica persistente respondem mal à terapêutica com o *Interferon*.

A inibição da replicação viral é geralmente acompanhada por um aumento transitório de actividade das aminotransferases. Esta exacerbação inflamatória pode provocar descompensação hepática nos cirróticos.

O *Interferon* tem alguns efeitos colaterais desagradáveis que incluem febre, calafrios, mal-estar geral, anorexia, diarreia, náuseas, cefaleias, mialgias, alteração da tensão arterial, síndrome gripal, perda de peso e, por vezes, modificação do comportamento, traduzida em depressão ligeira e falta de concentração.

A intensidade dos efeitos secundários depende da frequência e dose do produto ministrado.

Após duas ou três semanas do início do tratamento, a maioria destes sintomas desaparece parcialmente. No entanto, alguns doentes consideram os efeitos colaterais difíceis de tolerar durante o período de tratamento. É portanto aconselhável prepará-los devidamente.

O enfermeiro deverá informar dos efeitos colaterais e garantir ao doente que estes são reversíveis. A tarefa de fornecer informações e aconselhamento é extremamente importante e não deve ser de forma alguma subestimada, uma vez que determina a forma como se irão desenvolver os cuidados futuros. Negligenciar a relação terapêutica com estes indivíduos pode limitar a adesão do doente à monitorização e seguimento, quer de si próprio quer da sua família e pessoas íntimas.

Quando o tratamento é eficaz, as transaminases voltam aos seus valores normais e desaparecem os marcadores de replicação viral. Nesta situação, a recaída é rara (cerca de 10% dos casos). Segundo Carneiro Moura, do Serviço de Medicina II da Faculdade de Medicina de Lisboa, há certos factores que podem levar a uma resposta favorável ao *Interferon* e que no seu conjunto contribuem para o candidato ideal ao tratamento anti-viral, tais como:

- HBeAg positivo
- Infecção recente
- Ser caucasiano
- Heterossexual
- Negativo para o HIV
- Sem outras doenças, nomeadamente hemofilia, transplante de órgãos, doenças cardíacas e tiroideia descompensadas, psiquiátrica
- Transaminases séricas elevadas
- Histologia hepática: actividade lobular e periportal marcada
- Níveis de ADN-VHB

Continuam em curso ensaios clínicos com vista a determinar a dose mais eficaz, a frequência da toma, a duração do tratamento e vias de administração. A investigação tenta ainda saber se o *Interferon* deve ser usado isoladamente, ou associado a outros anti-víricos ou imunomoduladores com diferentes modos de acção.

A par do tratamento, impõe-se o uso de medidas preventivas que impeçam a disseminação da doença por outros indivíduos.

## PREVENÇÃO

A prevenção da Hepatite B poderá passar pela adopção de medidas gerais e específicas. Daí ser importante, não só o conhecimento da doença mas também o cumprimento de determinadas normas, para uma protecção mais eficaz. Destas, podem citar-se as seguintes:

- Normas Básicas de Higiene, entre as quais:

Não partilhar escovas dentífricas e lâminas de barbear

Lavar roupas infectadas a temperatura superior a 60° C

Lavar a loiça em água quente

Lavar e desinfectar brinquedos pertencentes a crianças portadoras de VHB

- Em caso de ferimento doméstico ocasional, deve proceder-se à desinfecção imediata e fazer a devida protecção
- Usar preservativo; sempre que a situação de saúde do parceiro não é conhecida, sempre que há contacto sexual entre indivíduos infectados e não imunes
- Não partilhar seringas, agulhas ou objectos cortantes
- Vigiar comportamentos agressivos das crianças e evitar mordeduras que podem facilitar a transmissão da doença
- Esclarecer as crianças acerca da doença, formas de transmissão e prevenção da mesma.

O profissional de saúde deve também estar consciente do risco a que ele próprio está exposto, para assim poder adoptar as medidas profilácticas que se impõem, não só para sua protecção como para a dos outros. Daí a necessidade de:

- Proteger as feridas
- Utilizar vestuário protector (como aventais de plástico e máscaras)

- Colocar agulhas e instrumentos cortantes em recipientes próprios, após a sua utilização
- Usar luvas sempre que manipule produtos biológicos e material conspurcado
- Lavar as mãos após a prestação de cuidados ao doente
- Restringir o uso de arrastadeiras e material de higiene ao mesmo doente e manipulá-lo com luvas
- Esterilizar rigorosamente o material infectado
- Sempre que possível, usar de preferência material descartável
- Lavar o material com uma solução de hipocloreto a 1% e seguidamente descontaminar com o mesmo produto a 0,1% as superfícies onde se derramou sangue, ou outro produto biológico
- Sempre que a situação o exija, isolar os doentes portadores, principalmente em presença de hemorragias
- Isolar material individualizado na prestação de cuidados a indivíduos doentes, ou mesmo portadores sãos.

Em Portugal existem disponíveis dois tipos de vacina – a plasmática e a recombinada.

A vacinação contra a Hepatite do vírus B, em indivíduos ou grupos de alto risco, é na verdade uma medida específica bastante eficaz na sua prevenção. A imunização activa é conseguida através da administração da vacina anti-Hepatite B que deriva da tecnologia de recombinação do DNA (Engerix-B), conseguida pelo seguinte processo:

Um gene do vírus da Hepatite B com o código do HBsAg é replicado em células de levedura de *Saccharoyces Cerevisiae* e a vacina da Hepatite B é então recolhida desta amostra de levedura recombinada. O HBsAg assim originado é subsequentemente purificado de forma a que a vacina não contenha DNA de levedura detectável, embora contenha uma quantidade superior a 4% de proteínas de levedura, hidróxido de alumínio como adjuvante imunológico e timerosal, derivado mercurial que tem como função a conservação da vacina. Os últimos três elementos são responsáveis, em casos raros, por alguns dos efeitos secundários da vacina.

Esta vacina não contém nenhum agente viral vivo ou atenuado nem constituintes sanguíneos, uma vez que não esteve em contacto com sangue humano, portanto não tem risco de transmissão de outros microrganismos infecciosos.

As vacinas plasmáticas HBVAXr, HEVAC B-Pasteur são obtidas através do isolamento e posterior processamento (que conduzem à sua inactivação) de partículas AgHBs a partir do plasma de portadores crónicos do VHB.

Em Portugal, desde Abril de 1991, os hemodializados, hemofílicos, os recém-nascidos de mães HBsAg +, os profissionais de saúde e os adolescentes dos onze aos treze anos têm direito à vacina gratuita e sem carácter obrigatório. Esta medida será implementada por fases e obedecendo a determinadas prioridades, alargando-se posteriormente para além dos grupos de risco referidos.

Em Agosto de 1995 a imunização contra o VHB foi alargada a profissionais e utentes das cooperativas de educação e reabilitação de crianças inadaptadas; profissionais e utentes de outras instituições destinadas a crianças com perturbações do desenvolvimento psicomotor e/ou comportamental, familiares dos portadores, cônjuge ou parceiro sexual, filhos menores e outros familiares desde que em coabitação, e finalmente docentes e discentes das áreas de Ciências da Saúde.

A vacinação dos grupos de risco é administrada após a pesquisa dos marcadores serológicos, como se encontra representado no quadro 1.

**Quadro 1 - Necessidade, ou não, de vacinação segundo os marcadores serológicos**

HBsAg	HBeAg	Anti-HBe	Anti-HBc	Anti-HBs	Vacinação
+	+	-	-	-	Não
+	+	-	+	-	Não
+	-	+	+	-	Não
-	-	+	+	+	Não
-	-	-	+	+	Não
-	-	-	+	-	Não definido
-	-	-	-	+	Sim
-	-	-	-	-	Sim

Fonte: LLAMAS URRUTIA, Carmen - *Hepatite B: quem e como vacinar-se*, "ROL", Barcelona, (119/120) Julho/Agosto 1988, pg. 88

O esquema recomendado consiste na administração em três doses. A primeira é administrada na data escolhida; a segunda será inoculada passado um mês da primeira e; a terceira dose passados seis meses da inoculação inicial. Contudo, se for necessária uma imunização mais rápida, como no caso de viajantes, a terceira dose pode ser administrada dois meses após a primeira, necessitando, no entanto, de um reforço aos doze meses.

As vacinas estão preparadas para administração intramuscular – no músculo deltóide nos adultos, e na face antero-lateral da coxa em recém-nascidos e crianças.

O volume da dose a administrar varia com a idade e a constituição do indivíduo, como se indica no Quadro 2.

**Quadro 2 - Esquema de vacinação recomendado**

<b>VACINAÇÃO</b>
<b>Vacinas: ENGERIX R, ou RECOMBI-VAX R - Conservá-las a 2/6°C. Não congelar</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Via IM no deltóide, em adultos e crianças, e no músculo antero-lateral da coxa no lactente/RN.</li><li>• 3 doses de 0,5ml - 10µg em crianças e 1ml - 20µg em adultos.<ul style="list-style-type: none"><li>1ª dose: primeiros 7 dias após o nascimento, só RN ou juntamente com DTP/POLIO, em casos de vacinação universal</li><li>2ª dose: 1 mês depois da primeira.</li><li>3ª dose: 5 meses depois da segunda</li></ul></li></ul>

Fonte: PEIXOTO, J. C.; MARTINS, Valdemar - *Conhece as recomendações actuais para o controlo da Hepatite B*. "Saúde Infantil", Coimbra, 13 (31/36), 1961, pg. 35

Uma vez que as vacinas anti-Hepatite B são absorvidas em compostos contendo alumínio, não é recomendada a sua administração por via subcutânea, pois podem originar reacções locais e a formação de nódulos subcutâneos, e ainda porque a taxa de eficácia da vacina diminui para cerca de 60%, o que por vezes obriga a recorrer a nova inoculação. Todavia, esta via pode ser utilizada em indivíduos com risco de hemorragia após administração intramuscular, tais como os hemofílicos.

Outro aspecto relaciona-se com o sexo, a idade do indivíduo e a patologia associada. Sendo assim, se o indivíduo tiver uma idade superior a quarenta anos e for

portador de VHB, obesidade, tabagismo, doença hepática, ou mesmo outras formas de hepatite como a *não A e não B*, a vacina diminui a sua eficácia.

A eficácia da vacina da Hepatite B é grande – 85 a 96% dos vacinados desenvolvem anticorpos contra a doença. Uma resposta imune diminuída pode contudo ser dada por pacientes a fazer hemodiálise e por imunodeprimidos. Nestes doentes, a dose deve ser duplicada. Um pequeno número de outros vacinados não responde adequadamente, sendo importante monitorizar serologicamente os títulos de anticorpos.

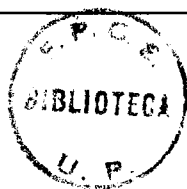
É recomendado que a vacina não seja inoculada a pessoas que tenham uma infecção grave, ou mesmo naquelas em que uma reacção febril ou sistémica possa ser um risco significativo, como em doentes com patologias cardíacas ou pulmonares graves.

Findo o cumprimento do esquema vacinal recomendado pela ex-DGCSP, por volta do 7º mês dever-se-á fazer nova determinação do anti-HBs, particularmente nos grupos de risco. O grau de protecção depende do título de anti-HBs, se igual ou inferior a 10u/ml não há resposta do organismo à vacinação. Se superior a 100 u/ml considera-se o indivíduo com uma protecção eficaz, necessitando apenas de no final dos cinco anos após o início da vacinação ser administrada a dose de reforço. Caso se apresente um valor que se situe entre 10 e 100 u/ml, há baixa resposta sendo conveniente a administração de nova inoculação e doseamento posterior dos novos marcadores.

Chama-se particular atenção para a importância deste doseamento nos profissionais de saúde, devido ao risco profissional a que estão sujeitos.

Os efeitos colaterais surgem em percentagem similar às outras inoculações que integram o Plano Nacional de Vacinação, sendo pouco significativas – menos de 10 a 15% dos vacinados.

A vacina anti-Hepatite B é bem tolerada, as reacções mais comuns estão limitadas ao local da injeção, como o aparecimento de sinais inflamatórios ligeiros (eritema, calor, e edema com ou sem enduração). Não obstante, podem surgir



cefaleias, anorexia, náuseas, vômitos, dores abdominais, diarreia, febrícula, astenia, mialgias e síndromas respiratórios, situações que habitualmente são passageiras, não se prolongando por mais de 24 a 48 horas. Embora muito raramente, podem ainda surgir artralgias, tonturas, eritema multiforme e equimoses.

As crianças nascidas de mães HBsAg e/ou HBeAg positivas apresentam um risco aumentado de se tornarem portadoras crônicas do vírus da Hepatite B. A administração, preferencialmente nas doze horas após o nascimento, de uma dose de 0,5 ml de imunoglobulina anti-Hepatite B é recomendada, sem prejuízo do esquema referido anteriormente. Nestas crianças, devem ser efectuados doseamentos de controlo anti-HBs entre os 12 e os 15 meses.

Os indivíduos que provavelmente estiveram expostos ao vírus da Hepatite B necessitam de um tratamento especial. Assim, considera-se que:

- Se há contacto percutâneo ou permucosa com sangue de HBsAg positivo, deve-se fazer uma investigação serológica e posteriormente administrar HBIg na dosagem de 0,06 ml/Kg IM. Logo que possível, seguir o esquema vacinal recomendado.
- Se há contactos familiares de pessoa com VHB aguda, nos lactentes deve-se administrar HBIg na dose de 0,5 ml IM, seguido de vacinação. Deverão ainda ser vacinados todos os familiares para além do marido e/ou esposa, se o doente se tornar portador.
- Se há contactos sexuais com hepatite aguda, deve-se administrar HBIg na dose de 0,06 ml/Kg IM, dentro de catorze dias, seguidos de vacinação.

Convém referir ainda que, sendo a imunoglobulina bastante onerosa, confere uma protecção efectiva mas temporária, nos dois primeiros meses, antes do aparecimento do anti-HBs pós vacinal contra a infecção. Deve ser administrada logo que possível, de preferência durante as primeiras horas após a exposição ao vírus da Hepatite B.

O emprego da imunoglobulina específica deve ser privilegiado em duas situações; no caso de contaminação accidental com sangue ou fluido orgânico



proveniente de doente HBsAg positivo em indivíduo não protegido, e no caso de recém-nascido cuja mãe é portadora crónica do VHB. Quer numa quer noutra situação, deve proceder-se de imediato e associadamente à administração de imunoglobulina (uma dose por via intramuscular repetida um mês depois) juntamente com a vacina, aplicada em local diferente e com quatro doses, aos 0, 1, 2, e 12 meses.

No caso de não ser possível a sua aplicação na mesma altura, a imunoglobulina deve ser administrada até 48 horas e a vacina até ao 7º dia após o contacto.

A administração isolada da imunoglobulina apenas confere uma protecção em 75% dos casos.

Como foi já referido, o sucesso na luta contra a Hepatite B depende não só da vacinação, mas de todo um conjunto de medidas gerais, que podem ir desde a adopção de normas básicas de higiene até uma correcta informação da população.

Resta acrescentar que através do despacho Ministerial nº 17/93 publicado no Diário da República, II série, nº 302 de 29/12/93 a vacina anti-Hepatite B passou a integrar o Plano Nacional de Vacinação. Numa primeira fase e para além dos grupos de risco são abrangidos, prioritariamente pelo programa de VAHB, todos os adolescentes entre os onze e os treze anos atendendo ao elevado risco de infecção e de doença pelo vírus da hepatite B durante a juventude e os primeiros anos da vida adulta.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Como doença infecciosa que é, a hepatite B pode determinar lesões hepáticas crónicas, constituindo causa importante de morte, quer por cirrose quer por carcinoma hepato-celular.

A prevalência da infecção varia através do planeta, desde áreas altamente endémicas, na maior parte dos países subdesenvolvidos, até áreas de baixa incidência,

nos países desenvolvidos. A nível mundial, calcula-se em mais de 300 milhões o número de indivíduos cronicamente infectados pelo VHB..

Podemos considerar que o controlo futuro e mesmo a erradicação da hepatite B assenta em dois grandes pilares; por um lado a **tecnologia de produção da vacina**, permitindo que a sua eficácia passe de 95% para 100%; e por outro a implementação **de medidas de saúde pública** que conduzam a curto prazo à vacinação **universal**, assim como à adopção de outras estratégias preventivas da doença e a promoção da saúde através da **divulgação** da doença como sendo uma infecção perigosa e até mortal, à **incentivação** da população para o cumprimento de normas protectoras mais eficazes e à **consciencialização** dos profissionais de saúde do risco de contrair a doença.

É reconhecido que a educação para a saúde, como prática de vida nos diferentes contextos - individual, familiar, escolar e social - desempenha um papel central e relevante nas estratégias de prevenção da HB e no combate à doença a nível epidemiológico e social, justificação suficiente para a implementação de acções na comunidade, partilhando saberes e experiências e valorizando o trabalho em equipa, tendo o utente como figura central do processo.

Por tudo isto, é mais que evidente a necessidade de um programa de vacinação a toda a população, acompanhado de acções de mobilização social, formação e educação para a saúde.

---

**II PARTE**

**FACTORES DE RISCO**

**E CONHECIMENTOS ACERCA DA DOENÇA,**

**EM DOENTES NOTIFICADOS COM HEPATITE B:**

**Implicações para a prevenção**

---

---

## **Capítulo IV**

# **CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA EM ESTUDO**

---

Ao longo de quinze anos de experiência profissional numa comunidade rural, contactamos com diversificados problemas e necessidades em matéria de saúde, especificamente na área de educação para a saúde, constatando que nem sempre os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, estão habilitados a responder cabalmente a tais solicitações.

De facto, nas práticas de educação para a saúde, a generalidade dos enfermeiros valoriza os seus saberes profissionais, minimizando os saberes experienciais e práticas de vida dos indivíduos e das comunidades, utilizando um discurso científico e persuasivo, descontextualizado cultural e socialmente

Perante tal constatação, e no sentido de conhecer mais profunda e racionalmente a realidade do distrito e do meio envolvente, seleccionou-se esta região para proceder ao presente estudo, aliado ao facto de nos terem sido proporcionados recursos materiais e humanos para a sua implementação.

Por outro lado, pesou nesta selecção o facto de não haver conhecimento de qualquer estudo semelhante na comunidade em referência, isto é, até ao momento nunca foram identificados nem caracterizados os problemas e necessidades de educação para a saúde relacionados com as doenças transmissíveis, nomeadamente a Hepatite B. Quando se iniciou tal estudo, apenas os grupos considerados de risco tinham acesso à vacinação gratuita.

De acrescentar que se trata de uma região com carências sócio-sanitárias que pelas características tradicionais da zona suscitou o nosso interesse.

Finalmente, e não menos importante, a sua localização, extensão física e humana foram factores a atender na escolha feita.

## CARACTERIZAÇÃO DO DISTRITO

O Distrito de Viana do Castelo é o mais setentrional do país, situado na província do Minho e integrando as áreas das bacias hidrográficas do Minho e Lima.

Conflui a Norte e Este o rio Minho, que o separa da vizinha Galiza - Espanha, ao Sul o distrito de Braga e a Oeste o Oceano Atlântico. As principais elevações localizam-se na Peneda (1.415m), Gavieira (1.313m) e Soajo (913m) áreas pertencentes ao concelho de Arcos de Valdevez.

Com uma superfície de 2.221,3 km<sup>2</sup> e 250.059 habitantes, o distrito de Viana do Castelo é constituído por 10 concelhos e 290 freguesias. Da análise das pirâmides etárias de 1981 e 1991 sobressaem três aspectos demográficos na região do Alto Minho:

*Diminuição da natalidade* - Enquanto em 1981 nasceram em média 15,8 crianças por cada 1.000 habitantes, em 1991 nasceram apenas 10,9. A tendência decrescente continuou a verificar-se nos anos de 1992, 1993 e 1994.

Como consequência, verifica-se uma redução da população jovem (0 a 14 anos) passando em termos relativos de 27% em 1981 para 20,6 % em 1991. (Quadro 3)

**Quadro 3 - Distribuição relativa da população (%)**

Grupos Etários	Ano de 1981	Ano de 1991
0-14	27,0	20,6
15-24	16,9	15,7
25-64	42,1	47,7
≥ 65	14,0	16,7

Fonte: INE, Censos 1981 e 1991

*Envelhecimento da população* - O aumento da população idosa (65 anos e mais) é notória no alargamento do topo das pirâmides. Em termos relativos, houve um aumento de 14% em 1981 para 16,7 % em 1991, o que corresponde a mais 5.756 idosos em 1991. Assume particular significado o número de mulheres idosas que representam 60,2% do total de idosos.

Verifica-se assim um aumento do índice de envelhecimento, passando de 51,7% em 1981 para 80,7% em 1991.

*Aumento da população activa* (dos 15 aos 64 anos) - Este aumento traduz-se em mais 5.300 pessoas, ficando a dever-se ao grupo etário dos 25 aos 64 anos.

Com uma população residente de 250.059 habitantes (Censos de 1991) a região do alto Minho, nos últimos dez anos sofreu uma diminuição de 2,6% da população o que corresponde a uma perda efectiva de 6.755 habitantes.

Em termos de concelhos, o decréscimo coincide com as áreas fracamente povoadas do interior, localizadas nos concelhos de Arcos de Valdevez, Melgaço, Monção, Paredes de Coura e Ponte da Barca.

Na região Norte, com 11,4% de população com 65 anos e mais, o distrito de Viana do Castelo apresenta uma percentagem de população idosa muito elevada 16,7%, sendo somente ultrapassada pela região de Trás-os-Montes com um valor de 17,3%. Dos dez concelhos do Distrito, apenas dois apresentam valor inferior ao verificado a nível distrital, Viana do Castelo 13,4% e Ponte de Lima 14,3% (Quadro 4). O maior índice de envelhecimento do distrito localiza-se em Melgaço 23,1%, em Arcos de Valdevez 22,1% e em Paredes de Coura com 21,2%

**Quadro 4** - Percentagem da população ≥ 65 anos

Concelhos	1981	1991
Arcos de Valdevez	16,0	22,1
Caminha	15,7	17,3
Melgaço	16,8	23,1
Monção	15,4	19,6
Paredes de Coura	16,9	21,2
Ponte da Barca	14,3	16,7
Ponte de Lima	12,3	14,3
Valença	17,5	17,8
Viana do Castelo	11,5	13,4
Vila Nova de Cerveira	16,4	18,9
DISTRITO	14,0	16,7

Fonte: INE / Censos 1981 e 1991

Na região do Alto-Minho, entre 1981 e 1991 verificou-se um saldo migratório negativo de cerca de 11.600 pessoas. Este valor representa a diferença entre o fluxo de saída de pessoas residentes na região e o fluxo de entrada.

Nos concelhos do interior do Distrito, verificam-se as taxas de repulsão mais elevadas, nomeadamente em Arcos de Valdevez (-12,71%) e Melgaço (-12,18%) enquanto no litoral, com excepção do concelho de Viana do Castelo, existe uma concentração de população.

Com uma densidade populacional de 113 habitantes por km<sup>2</sup>, a região do Alto Minho apresenta um contraste entre o litoral e o interior, encontrando-se o valor

mínimo no concelho de Melgaço com 47 hab/km<sup>2</sup> e o valor máximo no concelho de Viana do Castelo com 263 hab/km<sup>2</sup>.

### **Natalidade**

No Distrito de Viana do Castelo houve um decréscimo de nascimentos (-553) entre 1989 e 1994.

A taxa de natalidade em Portugal por mil habitantes tem vindo a diminuir progressivamente (12,5 ‰ em 1987 e 11,5‰ em 1993), tal como no distrito, excepto no ano de 1994 em que a taxa de natalidade do distrito é inferior à nacional, situando-se em 9.7‰.

### **Mortalidade**

A **taxa de mortalidade geral** do distrito tem vindo a aumentar ao longo dos últimos anos, situando-se em 1994 em 11,7 óbitos por 1.000 habitantes (total de 2.917 óbitos). Em Portugal, no ano anterior, a taxa situou-se em 10,8‰.

Como principais causas de morte encontram-se; as doenças cerebrovasculares, tumores malignos e doenças de coração, apresentando em 1993 taxas de mortalidade de 362,7 / 222,7 e 199,6 óbitos por 100.000 habitantes, respectivamente.

Dos 227,7 óbitos por tumores malignos convém acrescentar que 44.5% se localizam no aparelho digestivo.

As **taxas de mortalidade infantil** revelam uma tendência decrescente, passando de 14,5 para 9,2 óbitos por mil nascimentos entre o ano de 1988 e 1993.

No que respeita às **taxas de mortalidade perinatal**, verifica-se um decréscimo acentuado entre 1988 e 1993, passando respectivamente de 20,1 para 12,2 óbitos por 1.000 nascimentos.



Apesar do decréscimo das taxas de mortalidade infantil e perinatal em 1993 no distrito de Viana do Castelo são ligeiramente superiores às verificadas no Continente, respectivamente de 8,6‰ e 10,1‰.

Desde 1983 que não se têm verificado óbitos maternos no Distrito.

## Morbilidade

No tocante à **morbilidade**, os dados disponíveis referem-se às doenças de notificação obrigatória.

O número de doenças de notificação obrigatória no distrito, diminuiu significativamente nos últimos sete anos, salvo os surtos epidémicos de sarampo ocorridos em 1988 e 1989 e da parotidite em 1990 e 1991.

O Quadro 5 apresenta o número de casos declarados por tipo de doença em Portugal no ano de 1991, publicados pela ex-Direcção Geral de Cuidados de Saúde Primários e no distrito de Viana do Castelo entre 1987 e 1993 pela ex-Administração Regional de Saúde de Viana do Castelo relativamente à hepatite de vírus B.

### Quadro 5 - Doenças de notificação obrigatória

Número de casos declarados por tipo de doenças em Portugal no ano de 1991 e no distrito de Viana do Castelo entre 1987/93

Doenças (Lista Básica CID- 9)	Portugal 1991	Viana do Castelo 1987/93
Febre tifóide e paratifóide (002)	326	42
Outras salmoneloses (003)	95	6
Brucelose (023)	1.047	36
Tosse convulsa (033)	50	0
Escarlatina (034.1)	308	14
Infecção meningocócica (036; excl 036.0)	74	2
Tétano (037 e 771.3)	39	7
Sarampo (055)	275	570
Rubéola (056; excl 771.0)	325	137
Hepatite por vírus A (070.0/1)	978	71
<b>Hepatite por vírus B (070.2/3)</b>	<b>609</b>	<b>61</b>
Hepatite por vírus não especificado (070.4 /9)	381	83
Parotidite Epidémica (072)	888	463
Rickettsioses (080/83; excl 082.1)	75	3
Febre escaro-nodular (082.1)	1.354	39
Malária (084)	108	0
Sífilis Precoce Sintomática (091)	153	14
Sífilis Precoce Latente (092)	65	4
Infecções gonocócicas (098)	239	17
Cancro Mole (099.0)	49	0
Meningite meningocócica (036)	197	38
Outras	94	2

Fonte: DGCSP-1991  
ARSVC-1988/1993

As doenças evitáveis pela vacinação apresentam, actualmente, uma pequena expressão numérica, resultado de uma eficaz cobertura vacinal das novas gerações.

No entanto há que destacar a situação do tétano, que apesar de só haver um caso/ano, reflecte a baixa cobertura vacinal dos adultos e que urge inflectir.

As clássicas doenças sexualmente transmissíveis (sífilis, gonorreia, cancro mole e linfogranuloma venéreo) não tem vindo a aumentar.

Nos últimos cinco anos assistiu-se a um gradual decréscimo da taxa de incidência da tuberculose no distrito (de 71‰ em 1988 para 44‰ em 1994), inferior à taxa nacional, sendo de salientar o diminuto número de casos de tuberculose infantil e meningite tuberculosa, o que constitui um sinal positivo de evolução da situação epidemiológica desta patologia. Entre 1983 e 1993 foram declarados 26 casos de SIDA no distrito.

De acordo com os dados fornecidos pela Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo (Quadro 6), a Hepatite B indicia um aumento do número de casos, com um total de 61 notificados no distrito entre 1987 e 1993 concentrados nos concelhos de Viana (31) e Ponte de Lima (12).

**Quadro 6** - Casos de VHB no distrito de Viana do Castelo

Concelho	Casos declarados entre 1987 / 1993
Arcos de Valdevez	3
Caminha	4
Paredes de Coura	3
Ponte da Barca	7
Ponte de Lima	12
Viana do Castelo	31
Melgaço	1
<b>TOTAL</b>	<b>61</b>

---

## **Capítulo V**

# **MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**

---

A infecção pelo VHB, nomeadamente a hepatite B, continua a ser hoje um grave problema de Saúde Pública a nível Mundial contra o qual urge tomar medidas preventivas para evitar a sua propagação.

A OMS estima para Portugal que cerca de 1.25% da população está infectada. Sendo uma patologia do foro hepático, provocado por um vírus do mesmo nome e transmissível, a hepatite B caracteriza-se por um quadro clínico complexo e grave, podendo levar à morte.

Contudo, por diversas razões que se prendem com o insuficiente reconhecimento da doença, o número de diagnósticos inferior ao número de casos e a deficiente notificação da doença, traduzem uma falsa ideia da gravidade da doença.

As estimativas apontam para uma subida em flecha do número de casos registados anualmente, com a agravante da doença e seus efeitos estarem normalmente associados a um quase desconhecimento a nível individual, familiar e social.

A hepatite B constitui deste modo uma séria ameaça para o desenvolvimento económico, social e político e o aumento abrupto de casos produz necessariamente efeitos culturais, económicos e políticos.

Em contraste com a maior parte dos problemas de saúde que afectam quer os jovens quer as pessoas idosas, o VHB atinge um grupo etário muito jovem - entre os vinte e os quarenta e cinco anos, privando estes indivíduos dos seus anos mais produtivos.

O VHB atinge de igual modo ambos os sexos e diferentes grupos etários, podendo pôr em perigo os valores fundamentais da sociedade, constituindo assim um notável desafio a qualquer tentativa efectuada no sentido de lhe fazer face.

## **IMPORTÂNCIA E JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO**

Da bibliografia disponível e da constatação do dia-a-dia pode inferir-se que a população em geral e os doentes vítimas de Hepatite B em particular, desconhecem a etiologia da doença, formas de transmissão, evolução, prognóstico e tratamento e, fundamentalmente, a necessidade de medidas de prevenção e protecção individual, familiar e colectiva que urge conhecer e adoptar para evitar a propagação da doença.

Assim, os profissionais de saúde, mormente da área de Cuidados de Saúde Primários (Centros de Saúde) por estarem em contacto directo com as populações, encontram-se na dupla posição de serem possíveis portadores da doença e na de veículos privilegiados na transmissão de conhecimentos e informações necessárias à preservação da saúde, ajudando a adquirir hábitos e estilos de vida saudáveis através de acções organizadas - individuais ou colectivas - em cada comunidade, no sentido de travar a proliferação da doença.

Foi esta preocupação de base que nos levou a debruçar sobre tal problemática que tem sido objecto de reflexão por parte das mais diversas entidades.

A finalidade desta investigação será encontrar áreas de intervenção a nível da educação para a saúde de acordo com as lacunas de conhecimento que possam existir na população à qual é dirigido este estudo, tendo em vista a melhoria dos cuidados de saúde/enfermagem.

Com a realização deste estudo pretendemos atingir os seguintes objectivos:

- Caracterizar a população em estudo, identificando as características sócio-económicas e determinando a frequência e o tipo de vigilância praticados.
- Identificar factores de risco, grupos vulneráveis, comportamentos de risco, hábitos e estilos de vida.
- Avaliar os conhecimentos que esta mesma população adquiriu, face à sua situação de doente.

Nesta perspectiva interrogamo-nos; será que os estilos de vida dos doentes notificados com o HB pode ter interferido no aparecimento da doença?; será ainda que os conhecimentos sobre a doença lhes favorecem uma reflexão e decisão perante a situação de doente e os seus comportamentos?

## **METODOLOGIA**

A metodologia seguida na execução deste trabalho enquadra-se no tipo do estudo epidemiológico e retrospectivo, descritivo e analítico. Foi realizado no distrito de Viana do Castelo e distribuído pelos dez concelhos existentes, cujo universo são os doentes notificados com hepatite B no período compreendido entre 1987 e 1993 (data a partir da qual passou a ser obrigatória a notificação da doença a nível nacional).

Para o tratamento de dados, foi elaborada uma matriz em dBASE III Plus, compatível com o posterior tratamento estatístico informático em EXCEL 5.0.

### **Seleccção das variáveis**

Depois de uma reflexão exaustiva sobre os conhecimentos adquiridos, a bibliografia consultada, os dados disponíveis, e das entrevistas informais com

profissionais de saúde com experiência na área em questão, nomeadamente médicos, enfermeiros e técnicos de serviço social, cujo contributo enriqueceu e aprofundou os itens a explorar, pareceu-nos ter encontrado as variáveis a seleccionar, tendo em atenção a finalidade e os objectivos do estudo e as que directamente se relacionam com o tipo de estudo.

Face às questões gerais, consideradas as linhas mestras deste estudo, as variáveis seleccionadas foram as seguintes:

Na caracterização da população consideramos importante incluir o **sexo** embora esta variável não tenha grande peso na incidência da doença, o que já não se verifica relativamente à **idade**.

Sendo o comportamento sexual uma das formas de transmissão da doença, foi tido em conta o **estado civil** como variável a utilizar. No que diz respeito à **residência**, interessou-nos saber a distribuição desta pelos indivíduos segundo os concelhos que integram o distrito de Viana do Castelo, assim como outras possíveis residências passíveis de serem locais considerados zonas endémicas.

Por fim, a última variável seleccionada para esta caracterização foram as **habilitações literárias**, traduzida em escolaridade e que nos pode permitir um relacionamento com os conhecimentos que os portadores de HB tem da doença e formas de lidar com ela.

Além destas, outras variáveis foram seleccionadas, tendo presente as questões inicialmente propostas para este estudo, tornando-se imperioso conhecer os **estilos de vida** dos portadores de HB que, na nossa perspectiva, poderão ter tido influência no aparecimento da doença.

Pareceu-nos também fundamental saber como fazem a **vigilância de saúde** e de que forma o fazem, isto é, se recorrem aos serviços de saúde por questões relacionados com doença ou mesmo durante um episódio de doença, ou se o fazem para controlo e vigilância de saúde, numa atitude preventiva e de promoção da saúde, ou em ambas. Pretende-se averiguar os conhecimentos adquiridos após notificação, de que forma foram feitos e se a educação para a saúde alterou os seus hábitos e modos de vida.

Neste contexto, passaremos de uma forma sucinta a operacionalizar as restantes variáveis, (habitação, ocupação, comportamentos, controlo e vigilância de saúde e conhecimentos gerais sobre a doença).

Gil, António Carlos (1991) diz-nos que as variáveis devem ser traduzidas em conceitos mensuráveis “...  *tarefa que é indispensável para obtenção de respostas significativas (. . .) processo que sofre uma variável (ou um conceito) a fim de encontrar os correlatos empíricos que possibilitem a sua mensuração ou classificação . . .*”

Este processo baseia-se na definição de variável e na enumeração das suas dimensões, de forma a que seja possível a sua medição e assim o conhecimento do seu valor.

Na trajectória lógica que se pretendeu seguir neste estudo, a forma encontrada para operacionalizar as variáveis acima citadas foi a seguinte:

No que diz respeito à **habitação**, além do tipo de habitação, atendeu-se ao número de divisões por agregado familiar, dimensões estas que nos irão dar a perspectiva de como os indivíduos notificados vivem, inferindo duas sub-dimensões, isto é, com condições mínimas (tendo água canalizada e casa de banho com chuveiro ou banheira) e sem condições mínimas na falta daquelas.

No aspecto ocupacional, dada a importância do ambiente profissional que, segundo a fundamentação teórica, pode ser um factor de risco no contrair da doença, tal como a situação social do indivíduo que pode fomentar hábitos de vida prejudiciais, consideramos nesta variável duas dimensões; a **profissão** e a **ocupação não remunerada**.

Sendo a **vigilância de saúde** um conjunto de acções e actividades de promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença com propósitos bem definidos, interessou-nos neste estudo explorar as dimensões que melhor respondessem às questões iniciais propostas, pelo que se operacionalizou esta variável em grandes dimensões como sejam; os **serviços de saúde** utilizados e em que situações os procuram, doenças e intervenções referidas, tendo sempre presente o



objecto de estudo (hepatite B) relacionando com este as sub-dimensões que integram cada dimensão da variável.

Não pode haver programas de educação para a saúde sem um diagnóstico de necessidades de tal educação, pois corre-se o risco de serem meramente passivos, isto é, dar informações que pouco ou mesmo nada contribuam para alcançar o objectivo proposto inicialmente.

Consideramos que uma das variáveis indispensáveis seria centrada na avaliação dos **conhecimentos gerais dos doentes sobre a doença**, através da qual poderíamos obter informações muito pertinentes em relação ao desenvolvimento deste trabalho e futuramente em intervenções comunitárias de educação para a saúde.

Nesta conformidade, as duas primeiras dimensões da variável seriam a forma **como soube que era portador e quem o informou**, o que nos dá uma perspectiva da relação doente serviços de saúde. Outra dimensão seria o conhecimento referido que o portador de HB diz ter. Esta dimensão dada a sua subjectividade foi operacionalizada em quatro sub-dimensões (categorizadas) que numa forma indirecta avaliaria tais conhecimentos e que são; **Sabe o que é a Hepatite B; qual o órgão que afecta; como se transmite a HB e como evitar a transmissão da doença.**

Face às respostas obtidas e atendendo aos seguintes pressupostos eram identificados como **conhecedores reais** da doença os indivíduos que respondessem positivamente às questões 12.1; 12.2; 12.3 e 12.5. Os restantes respondentes foram considerados como não conhecedores.

A percepção que os indivíduos tiveram em relação à informação recebida, sobre como é que esta influenciou ou modificou os seus hábitos de vida, poderá dar grandes contributos em intervenções futuras.

## Procedimentos

O estudo abrangeu todos os indivíduos notificados com Hepatite B no distrito de Viana do Castelo, entre 1987 e 1993.

A caracterização sumária da população alvo foi possível graças à consulta do registo de doenças transmissíveis - Modelo 0590-1- Anexo I, fornecido pela Direcção Geral de Saúde e distribuído a todos os departamentos de saúde, públicos e privados, a nível nacional. A recolha preliminar de dados foi possível através do Serviço de Estatística da Sub-Região de Saúde de Viana do Castelo.

Desta população, num total de 61 indivíduos notificados com Hepatite B, foram objecto de inquérito 55 pessoas, uma vez que no período em que decorreu a recolha de dados, 6 já haviam falecido - 3 vitimados por complicação de doença hepática (insuficiência hepática), dado confirmado através da certidão de óbito, e os restantes 3; um por insuficiência cardio-respiratória, outro resultante de um acidente de viação e o terceiro por causa desconhecida.

A recolha de dados efectuou-se através da aplicação de um questionário (anexo II) e decorreu entre Janeiro e Junho do ano em curso, em horário compatível com a actividade profissional de cada indivíduo (pós-laboral e fins-de-semana).

Na execução deste estudo, além da documentação escrita e textos oficiais - legislação, circulares normativas e registos de notificação da doença - foi utilizado como instrumento de recolha de dados um *questionário* aplicado a toda a população alvo, pensando ser esta a fonte de informação que mais se adequa ao universo em estudo, afim de identificar os precursores da hepatite B nesta população.

Foi nossa preocupação enquadrar o marco teórico na elaboração deste instrumento de forma a que nos desse contributos para a operacionalização e categorização das variáveis, relacionando-as com as questões de investigação.

A escolha deste instrumento tem por finalidade permitir colher informações através da observação indirecta — visita domiciliária — sendo esta a forma mais fácil de chegar junto deste grupo populacional, atendendo ao limitado universo em estudo e ao seu nível cultural, garantindo desta forma uma maior adesão e colaboração no preenchimento do questionário.

Atendendo a que se trata de uma doença contagiosa e aos preconceitos de que esta designação se reveste, para manter a confidencialidade do processo e uma maior

*abertura* dos inquiridos, bem como uma maior uniformidade interpretativa das respostas, optou-se por ser sempre a mesma pessoa a colher os dados. Por esta razão, não houve necessidade de clarificar demasiado as perguntas, sendo o próprio inquiridor a fazê-lo caso a caso, quando necessário.

O questionário integrou questões abertas, fechadas e mistas, divididas em grupos, a cada uma dos quais corresponde uma variável.

### **Arquitectura e objectivos do questionário**

O questionário é composto por trinta e quatro questões, distribuídas por cinco grupos e doze subgrupos correspondendo a cada um deles uma variável.

- I Grupo - Identificação.
- II Grupo - Caracterização sócio-demográfica.
- III Grupo - Comportamentos.
- IV Grupo - Controlo e vigilância da saúde.
- V Grupo - Conhecimentos gerais sobre a doença.

Embora não sendo objectivo deste estudo, para o caso dos notificados falecidos, o questionário é precedido de uma recolha de dados sobre a causa de morte, no sentido de esclarecer se está relacionada com a doença.

**I Grupo - Identificação** - Destina-se à identificação dos inquiridos e nele se integram as variáveis biológicas (sexo e idade) e sociais (estado civil, naturalidade, escolaridade e residência). Pretende-se averiguar de eventual correlação destes factores com a doença.

**II Grupo - Caracterização Sócio-Demográfica** - Procura-se fazer precisamente a caracterização sócio-demográfica do questionado, recolhendo dados sobre as condições habitacionais e higio-sanitárias e relacionar a dimensão do

agregado familiar com o tipo de ocupação/profissão. Pretende-se ainda determinar se a ocupação/profissão pode constituir um factor de risco, relativamente à Hepatite B.

**III Grupo - Comportamentos** - Neste grupo recolhem-se dados essencialmente sobre hábitos e estilos de vida, numa tentativa de identificação de comportamentos que possam ter originado ou condicionado o aparecimento da doença.

**IV Grupo - Controlo e Vigilância da Saúde** - As questões deste grupo referem-se à promoção da saúde e prevenção da doença. Procura-se avaliar se, na prática, os inquiridos recorrem aos serviços de saúde com o objectivo de promover a saúde através do controlo e vigilância da mesma (rastreio) e prevenção da doença - fase primária ou secundária - ou se unicamente o fazem já numa fase terciária, como *follow-up* da doença ou ocorrência de um episódio que condicionasse o aparecimento ou desenvolvimento daquela, uma vez que estamos a tratar de doentes notificados.

**V Grupo - Conhecimentos Gerais Sobre a Doença** - Uma vez que a notificação dos doentes abrangidos por este estudo decorreu entre 1987 - 1993 e a recolha de dados se processou entre Janeiro e Junho de 1995, procura-se aqui averiguar da evolução da doença e se estes indivíduos adquiriram conhecimentos sobre os diversos estádios da doença, como a transmissão, diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção. Finalmente, face à informação/conhecimentos transmitidos, saber se foram suficientes e oportunos, de modo a modificar os hábitos e estilos de vida, quebrando a cadeia de transmissão.

As questões são na sua maioria de respostas fechadas, excepção feita para as questões 2; 6; 8.1; e 8.2; que são de resposta aberta.

O questionário foi objecto de pré-teste efectuado a sete indivíduos notificados no ano de 1994 (que não integravam o estudo) com as mesmas características da população alvo, tendo sido necessário efectuar alguns ajustes pontuais no instrumento a aplicar, resultando diversas alterações na formulação, bem como a eliminação de algumas questões mais específicas e sensíveis sobre comportamento sexual.

## **CrITÉRIOS para o preenchimento do questionário**

### **1 - Local de Residência**

Se não tiver vivido sempre no concelho actual, deve referir outra localidade.

### **2 - Tipo da Habitação**

Definiu-se *moradia* toda a habitação independente, constituída por rés-do-chão com um ou mais pisos e com um terreno junto que pode servir para jardim.

*Barraca* - toda a estrutura utilizada para habitação construída por qualquer material, não oferecendo o mínimo de condições de habitabilidade.

*Casa rural* - habitação tipicamente minhota, construída de pedra com casa de banho dentro desta ou em anexo e cujo rés-do-chão se encontram lojas amplas que servem de adega e/ou mesmo armazém de recolha de alfaías agrícolas e/ou de animais.

*Apartamento* - toda a parte ou fracção do prédio que possui mais do que dois pisos com entrada comum a vários moradores.

### **3 - Número de divisões da habitação**

Para facilitar a resposta, utiliza-se o termo “divisões”. Para tratamento dos dados, só será considerado o número de assoalhadas (quartos de dormir e salas), não incluindo casas de banho, cozinha e anexos.

Entendeu-se por *condições mínimas*, toda a habitação que possua água canalizada, electricidade, cozinha e quarto de banho com chuveiro, com ou sem banheira.

### **4 - Ambiente ocupacional**

A profissão anterior à data da notificação só será valorizada se for considerada de risco, isto é, se se tratar de profissionais de saúde, técnicos de laboratório, lixeiros e similares.

A profissão do indivíduo só é considerada se for remunerada. O caso de domésticas e estudantes, não é considerada uma profissão mas sim uma ocupação.

### **5 - Idade**

No caso de indivíduos com idade inferior a 10 anos, não é aplicado o questionário.

### **6 - Habilitações literárias**

O 1º ciclo inclui da 4ª classe/6ºano; 2º ciclo engloba o 7º, 8º e 9º anos; o 3º ciclo integra o 10º/ 11º 12º ano de escolaridade.

### **7 - Normas gerais de preenchimento**

Sempre que o inquirido responda “às vezes”, a resposta deve ser considerada negativa “*não*”

Se até à sexta tentativa, em dias e horário diferentes, não for possível contactar algum indivíduo, será considerado não “*respondente*”

O questionário não se aplica a indivíduos notificados que, ao tempo da aplicação, não se encontrem residentes no concelho.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Independentemente do modelo conceptual da investigação em curso, a selecção das variáveis em qualquer tipo de estudo nunca é uma operação ingénua, mas antes uma iniciativa que se apoia em resultados de investigações anteriores e que permitem a formulação de um modelo de abordagem do problema.

Tendo presente tal princípio e de acordo com os resultados obtidos noutros trabalhos, os indivíduos só procurarão modificar comportamentos desde que possuam níveis mínimos de conhecimentos e motivação de saúde relevantes que se vejam a si próprios como potencialmente vulneráveis e que vejam a doença como ameaçadora ou grave, que estejam convencidos sobre a eficácia da medida ou comportamento preventivo e que sintam ou experimentem poucas dificuldades para executar a acção recomendada.

Este estudo foi concebido com um cariz epidemiológico, retrospectivo, descritivo e analítico, e a recolha de dados foi extensiva ao universo de uma dada região - Viana do Castelo.

Começamos por situar o trabalho; procedendo à descrição, finalidade e objectivos do estudo; metodologia utilizada e diferentes etapas e estratégias da sua execução, nomeadamente diferentes procedimentos metodológicos, incluindo a selecção e fundamentação das variáveis.

Referimo-nos ao instrumento de colheita de dados — um questionário preenchido por entrevistadores, assumido por estes e não por alguém em seu nome ou representação standardizada, isto é, obtida através de procedimentos uniformes na formulação, condições de questionação e no registo — recolhido num período limitado de tempo.

Os inquéritos com uma só utilização trazem limitações que achamos importante referir, nomeadamente as decorrentes do nível de superficialidade da comunicação entre os dois actores (entrevistador / entrevistado), e do grau de estruturação pré-determinada pelo questionário, por se basearem em informações transmitidas pelos inquiridos.

Procedeu-se finalmente à construção do questionário subdividindo-o, em cinco grupos para melhor clarificação das questões. Antes da sua aplicação foi objecto de pré-teste, procedendo-se de imediato à sua reestruturação final.

---

## Capítulo VI

### APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---



## APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Como foi referido, o estudo abrangeu todos os indivíduos notificados com Hepatite B no Distrito de Viana do Castelo, entre 1987 e 1993. Desta população, num total de 61 indivíduos notificados, foram objecto de inquérito 55 pessoas, uma vez que no período em que decorreu a recolha de dados, 6 já haviam falecido.

### Caracterização sócio-demográfica da população

Relativamente às componentes do I Grupo, *Identificação dos inquiridos*, destaca-se a predominância masculina sobre a feminina, com 34 (61,8%) contra 21 (38,2%), com uma média etária de aproximadamente 39 anos, situando-se 76% dos *portadores* nas idades compreendidas entre 11 e 50 anos. A amplitude varia entre 11 e 74 anos e a moda é de 21, 22, 27 e 35 anos, sendo a mediana de 35 anos.

Quanto ao estado civil, 28 (50,9%) são casados e 21 (38,3%) solteiros (Quadro 7). São de nacionalidade portuguesa, à excepção de 4 indivíduos com nacionalidade africana.

Maioritariamente, a escolaridade dos respondentes

**Quadro 7** - Distribuição dos inquiridos, segundo o Sexo e Estado Civil

Estado Civil	Sexo					
	Masculino		Feminino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Solteiro	13	23.7	8	14.6	21	38.3
Casado	19	34.5	9	16.4	28	50.9
Viúvo	1	1.8	2	3.6	3	5.4
Junto	1	1.8	2	3.6	3	5.4
TOTAL	34	61.8	21	38.2	55	100

situa-se nos itens “*sabe ler e escrever*” e “*4ª classe - 6º ano*” de escolaridade, num total de 50 indivíduos (78% do universo), o que mostra o baixo índice de escolaridade dos infectados.

A distribuição pelos concelhos que integram o distrito, à excepção dos concelhos de Ponte de Lima e Viana do Castelo com 20% e 50,8% respectivamente, é mais ou menos equitativa, sendo de referir que a maioria dos questionados (56,4%) nunca teve outra residência. No entanto, um número significativo (24 - 43,8%) apontou outras residências com carácter temporário, como Espanha, França, África e América do Sul, conforme Quadro 8.

**Quadro 8 - Distribuição por concelho de residência**

<b>Residência</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Arcos de Valdevez	3	5.5
Caminha	4	7.3
Paredes de Coura	3	5.5
Ponte da Barca	6	10.9
Ponte de Lima	11	20.0
Viana do Castelo	28	50.8
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

A quase totalidade dos inquiridos (89,1%) estão domiciliados em moradias e casas rurais, 32,7% e 56,4% respectivamente, facto que não nos surpreende, dadas as características geográficas e culturais do distrito.

Os agregados familiares variam entre 1 e 9 residentes, com uma média de 4 pessoas por agregado, prevalecendo a moda de 5. De uma forma geral, em 83,6% dos agregados familiares coabitam entre 2 e 5 pessoas.

Relativamente ao número de assoalhadas, 92,8% dos inquiridos vive em habitações que possuem entre duas e seis assoalhadas, tendo a maioria 4 (32,7%) (Quadro 9)

**Quadro 9 - Distribuição de assoalhadas por morador**

<b>Moradores</b>	<b>Assoalhadas</b>									<b>Total</b>	
	1	2	3	4	5	6	7	9		Nº	%
1	1	-	1	-	-	-	-	-		2	3.6
2	-	3	-	3	1	3	-	-		10	18.2
3	1	1	3	2	2	2	-	-		11	20.0
4	-	3	-	5	2	1	1	-		12	21.8
5	-	-	3	7	1	1	-	1		13	23.7
6	-	1	-	1	1	-	2	-		5	9.1
8	-	-	-	-	1	-	-	-		1	1.8
9	-	-	-	-	-	1	-	-		1	1.8
<b>Totais</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>55</b>	<b>100</b>

No que se refere às condições de habitação consideradas mínimas, foram encontradas 76,4%, entendendo por *condições mínimas* possuir água canalizada e casa de banho com chuveiro ou banheira.

Considerando a *ocupação* como actividade não remunerada, encontram-se nesta situação 32 indivíduos, o que corresponde a 58,2% da população. Destes, 16 são aposentados, estando os restantes distribuídos pelas ocupações de “doméstica” (7), “estudante” (4) e “desempregado” (5).

Dos 22 (40%) indivíduos com *profissão*, 6 trabalham na construção civil, estando os restantes 16 (29.9%) distribuídos quase uniformemente pelas seguintes profissões; empregadas domésticas, de hotelaria e têxtil, marítimo, metalurgia e serviços. Questionando a existência de outra profissão, 98% referiram não exercer qualquer outra profissão.

### Ocupação de tempos livres e comportamentos de risco

Pela análise do Quadro 10, constata-se que a grande maioria dos inquiridos (33 - 60,1 %), ocupa os seus tempos livres a ver televisão e dedicando-se a actividades desportivas. Os grupos etários dos 10-30 anos e 51 e mais anos continuam a manter esta preferência (77,2%). Os restantes valores apresentados, nomeadamente a frequência de discotecas e bares com 8 (14,5 %), não parecem significativos, tanto numericamente como tendo em conta os hábitos culturais desta população.

**Quadro 10** - Distribuição segundo a ocupação dos Tempos Livres p/ Grupo Etário

Ocupação dos Tempos Livres	Grupos Etários							
	10 - 30		31 - 50		≥ 51		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actividades desportivas	5	9.0	6	11.0	-	-	11	20.0
Agricultura / Jardinagem	3	5.5	4	7.3	3	5.5	10	18.1
Bares / Discotecas	3	5.5	5	9.1	-	-	8	14.5
Viagens / Passeios	1	18.0	-	-	-	-	1	1.8
Televisão	11	20.0	1	1.8	10	18.1	22	40.1
Nada	1	1.8	2	3.6	-	-	3	5.5
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>43.6</b>	<b>18</b>	<b>32.8</b>	<b>13</b>	<b>23.6</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>

Sabendo que uma das formas de transmissão do VHB descrita na bibliografia pode estar relacionada com a frequência do cabeleireiro, barbeiro e/ou esteticista, quisemos averiguar da acuidade de tal afirmação.

Concluimos porém que a grande maioria dos inquiridos (50 - 90,9%) não tem por hábito frequentar estes lugares, fazendo esta higiene em casa, pelos seus próprios meios.

Relativamente à actividade sexual (Quadro 11), dos 6 indivíduos que não referem ter actividade sexual, 2 deles são crianças com 11 e 15 anos respectivamente. Dos 26 que referem ter só um parceiro sexual, cerca de 14 inquiridos referem nunca ter usado preservativo, apenas 3 afirmaram usá-lo sempre e 4 não responderam.

**Quadro 11 - Distribuição segundo a actividade sexual e o uso de preservativo**

Actividade Sexual	Uso de Preservativo											
	Nunca		Ocasional		Sempre		C/ prostitutas		N/ responde		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nula	-		-		-		-		4	7.3	4	7.3
1 só parceiro	14	25.5	5	9.1	3	5.5	-		4	7.3	26	47.3
Mais que 1 parceiro	1	1.8	2	3.6	1	1.8	-		-	-	4	7.3
Contacto c/ prostit.	13	23.6	3	5.5	1	1.8	1	1.8	1	1.8	19	34.5
N/ se aplica	-		-		-		-		2	3.6	2	3.6
Total	28	50.9	10	18.2	5	9.1	1	1.8	11	20.0	55	100.0

Dos 19 que dizem ter tido contacto com prostitutas, 13 referem nunca utilizar o preservativo e somente 3 o usam ocasionalmente. Apenas 1 diz usar sempre.

O Quadro 12 informa-nos dos comportamentos de risco adoptados pela nossa população. Verificamos que 35 (57,4%) referiram nunca ter adoptado qualquer das situações referidas; 9 (14,8%) disseram ter efectuado

**Quadro 12 - Distribuição segundo comportamentos de risco de infecção pelo VHB**

Comportamentos de Risco	Nº	%
Acupunctura	1	1.6
Contacto sexual com toxicodependentes	5	8.2
Experiências homossexuais	1	1.6
Partilha de seringas e agulhas	5	8.2
Tatuagens	5	8.2
Tratamentos e injectáveis p/ habilitados	9	14.8
Nenhum dos casos	35	57.4

tratamento e/ou injectáveis por habilitados e cerca de 10 (16,4%) indivíduos

conviveram com toxicodependentes e partilharam seringas e/ou agulhas. As experiências homossexuais são praticamente inexistentes (1,6 %).

### Controlo e vigilância de saúde

Ao analisar os dados sobre a vigilância de saúde (Quadro 13) verificamos que 37 (67,3%) indivíduos recorrem aos serviços de saúde em situação de doença e apenas 18 (32,7%) dizem utiliza-los também para vigilância e controlo da saúde. Em qualquer das situações, os serviços de saúde mais procurados são os Centros de Saúde com 42 casos (76,4%) e os menos procurados são sem dúvida os serviços particulares com 6 (10,9%). Destes, a quase totalidade fazem-no exclusivamente na situação de doença.

**Quadro 13** - Distribuição segundo a situação e os serviços de saúde a que recorrem

Situações	Serviços de Saúde							
	CS		Serviços particulares		Hospital		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Doença	27	49.1	5	9.1	5	9.1	37	67.3
Doença e Vigilância	15	27.3	1	1.8	2	3.6	18	32.7
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>76.4</b>	<b>6</b>	<b>10.9</b>	<b>7</b>	<b>12.7</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Dado o carácter transmissivo desta enfermidade, achamos pertinente relacionar as doenças referidas pelos inquiridos com as intervenções sofridas.

**Quadro 14** - Distribuição segundo as intervenções sofridas e as doenças referidas

Intervenções sofridas	Doença Hepática		Insuficiênc ia renal crónica		Doenças de transmissão sexual		Diabetes		Nenhuma		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Exame ginecológico	2	3.6	-	-	1	1.8	-	-	1	1.8	4	7.2
Hemodiálise	1	1.8	10	18.2	1	1.8	-	-	-	-	13	23.6
Transfusão de sangue	2	3.6	-	-	-	-	-	-	1	1.8	3	5.5
Intervenções cirúrgicas	5	9.1	1	1.8	1	1.8	1	1.8	2	3.6	8	14.6
Tratamentos estomatológicos	3	5.5	-	-	3	5.5	-	-	8	14.6	15	27.3
Outras intervenções	-	-	-	-	1	1.8	-	-	2	3.6	3	5.5
Nenhuma	2	3.6	-	-	-	-	-	-	7	12.7	9	16.3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>27.3</b>	<b>11</b>	<b>20.0</b>	<b>7</b>	<b>12.7</b>	<b>1</b>	<b>1.8</b>	<b>21</b>	<b>38.2</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Constatamos assim que do nosso universo, 36 indivíduos foram submetidos a diferentes intervenções (Quadro 14). Dos inquiridos que não referiram intervenções, apenas 2 referem doença hepática. Dos restantes 36, há que referir que 13 (36,1%), 15 (41,7%) e 8 (22,2%) referem ter sido respectivamente submetidos a hemodiálise, tratamento estomatológico e intervenções cirúrgicas. As doenças hepáticas são as mais representativas, com 27,3%, seguidas da insuficiência renal crónica com 20%. Dos questionados, 38,2 % referem não ter tido nenhuma doença.

### Conhecimentos gerais acerca da doença

Relativamente à forma como os inquiridos souberam que eram portadores de hepatite B, constatamos que apenas em 5 casos (9,1%) o vírus foi detectado através de rastreio.

**Quadro 15** - Situação conhecimento da doença / informação sobre a doença

Sabe o que é a HVB e qual a fonte de informação	Como teve conhecimento da doença															
	Dádiva de sangue		Rastreio		Sintomas		Vigilância de saúde		Internamento		Hemodiálise		Não admite ter a doença		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Não sabe	-	-	-	-	2	3.6	1	1.8	1	1.8	1	1.8	1	1.8	6	11.0
S.p/ médico	3	5.5	4	7.3	20	36.4	13	23.7	4	7.3	-	-	-	-	44	80.0
S. p/ amigos	-	-	-	-	1	1.8	-	-	1	1.8	-	-	-	-	2	3.6
S. p/ <i>Mass Media</i>	-	-	1	1.8	1	1.8	-	-	-	-	-	-	-	-	2	3.6
S. p/ outros	1	1.8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1.8
Total	4	7.3	5	9.1	24	43.6	14	25.5	6	10.9	1	1.8	1	1.8	55	100

Embora a sintomatologia do VHB passe muitas das vezes despercebida, verificamos que 24 (43,6%) referiram apresentar sintomas, daí recorrerem aos serviços de saúde. Destes, 20 foram informados pelo médico de que eram portadores do VHB, sendo esta a principal fonte de informação em 44 (80%) dos casos. De salientar que 4 (7,3%) souberam da existência da doença através da dádiva de sangue. Apenas 1 (1,8%) dos indivíduos especificou ter obtido informação através de leituras e um outro continua mesmo a não admitir ter o VHB.

Questionando sobre a forma de transmissão de hepatite B, somente 18 (32,7%) responderam correctamente, isto é, disseram que a transmissão se faz através do contacto com veículos fisiológicos. Dos restantes, 30 (54,5%) disseram claramente “não saber”, 3 (5,5%) afirmaram ser uma doença hereditária e 4 (7,3) consideram-na “não contagiosa”.

Com a questão “*A Hepatite B está associada a . . .*”, pretendia-se averiguar da relação existente entre o VHB e as situações diárias que pudessem estar associadas à doença (Quadro 16).

**Quadro 16** - Associação do VHB com outras situações

	nº	%
Alimentação	10	14.3
Hábitos de higiene	5	7.1
Poluição	2	2.9
Profissão / ocupação	2	2.9
Utilização de injectáveis	12	17.1
Gravidez e aborto	1	1.4
Nível sócio-económico	1	1.4
Práticas sexuais	15	21.4
Não sabe	22	31.4

27 respostas situaram-se nos itens “*utilização de injectáveis* (17,1%) e *práticas sexuais* (21,4%). A associar às 22 respostas de *não sabe* temos também as respostas situadas nos itens *alimentação*, *higiene* e *poluição* que também nos indicam um desconhecimento das possíveis associações existentes com o VHB. Verificamos ainda que 22 (31.4%) dos inquiridos manifestaram “não saber” e 15 (21.4%) relacionaram-na com práticas sexuais. Contudo, é de salientar que mesmo assim um número significativo de indivíduos - 10 (14,3%) - a relacionaram com hábitos e práticas alimentares, o que nos leva a pensar num desconhecimento total da doença.

*Conhecimentos que os inquiridos revelaram ter sobre a Hepatite B* - Os conhecimentos que os inquiridos possuem sobre Hepatite B condiciona os seus comportamentos face à doença, daí que os consideremos de extrema importância para o seu controlo.

Neste item, pensamos importante saber se o doente tem ou não conhecimento da doença, tendo então elaborado algumas questões que indirectamente nos fornecessem tal informação. Para saber se os inquiridos tinham conhecimento da sua

doença, foi efectuada um questão aberta “*Sofre de alguma doença?*” e em caso afirmativo era valorizada a resposta sobre Hepatite B.

Posteriormente, no sentido de avaliar do conhecimento efectivo, colocamos várias questões com hipóteses verdadeiras e falsas. Deste modo, considerou-se *real* conhecedor todo aquele respondente que dentro do grupo V - *Conhecimentos gerais sobre a doença*, situasse as suas respostas nas variáveis 12.1; 12.2; 12.3 e 12.5 isto é:

- Caso referisse saber o que é a Hepatite B teria que responder qual o órgão que afecta (fígado),
- Como se transmite (por contacto com veículos fisiológicos - sémen, fluidos vaginais, sangue, saliva, suor e lágrimas).
- Como se faz a sua prevenção (usar preservativo; não partilhar utensílio de uso pessoal - escova de dentes, lâminas e/ou agulhas, objectos e roupa do doente; ter um só parceiro sexual, proteger ferimentos e fundamentalmente através da *vacinação*).

Face ao exposto e para poder concluir, do total dos indivíduos que afirmaram saber o que é VHB, como se transmite, que órgão afecta e como se pode evitar a transmissão, pensamos ser importante identificar o conhecimento real traduzido em dois grandes itens: *Tem ou não tem conhecimentos*.

Das respostas obtidas, 49 (89,1%) dizem saber o que é a hepatite B e 6 (10,9) dizem não saber. (Quadro 17)

**Quadro 17 - Avaliação de Conhecimentos sobre a doença**

Grau de Conhecimento	Conhecimentos sobre:								Conhecimento Real	
	Hepatite B		Afecção		Transmissão		Prevenção			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tem	49	89.1	40	72.7	18	32.7	26	47.3	13	23.6
Não Tem	6	10.9	15	27.3	37	67.3	29	52.7	42	76.4
Total	55	100.0	55	100.0	55	100.0	55	100.0	55	100.0

Dos 49 indivíduos que referiram saber o que é a hepatite B, 40 tinham conhecimento do órgão afectado, 18 sabiam como se transmite e 26 sabiam as formas



de prevenção, respostas estas obtidas parcelarmente. No entanto, só 13 indivíduos manifestaram ter verdadeiro conhecimento, pois somente este número respondeu correctamente ao conjunto das três variáveis.

De forma inversa, verifica-se que apenas 6 indivíduos referiram não saber o que é a hepatite B. Contudo, face às respostas obtidas, vemos este número ser aumentado para 42 (76,4%).

Este aumento significativo deve-se fundamentalmente à falta de conhecimentos revelados sobre as formas de transmissão e prevenção e que obtiveram 67,3% e 52,7% de respostas negativas.

De uma forma geral, é sem dúvida do conhecimento dos inquiridos o órgão afectado pela doença de que é portador, com 72.7% de respostas positivas.

Como mostra o Quadro 18, relativamente à informação recebida acerca da doença, 29,1% dos respondentes consideraram-na suficiente, 40,0% como insuficiente, e 30.9% nula. Surgem depois 63,6% que acharam que a informação recebida modificou os seus hábitos e modos de vida e 29,1% declararam não ter havido qualquer mudança após o conhecimento da doença.

**Quadro 18** - Distribuição dos inquiridos segundo a qualidade da informação recebida e da possibilidade de modificação de hábitos de vida.

Qualidade da informação	Modificou os Hábitos de vida							
	Sim		Não		Não responde		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Suficiente	6	10.9	9	16.4	1	1.8	16	29.1
Insuficiente	17	30.9	4	7.3	1	1.8	22	40.0
Nula	12	21.8	3	5.5	2	3.6	17	30.9
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>63.6</b>	<b>16</b>	<b>29.1</b>	<b>4</b>	<b>7.3</b>	<b>55</b>	<b>100</b>

Apesar de classificarem a informação recebida dentro dos três itens, 7.3% não responde se houve ou não alteração dos hábitos de vida. Cruzando a opinião dos inquiridos sobre a qualidade de informação recebida com as habilitações literárias, conclui-se que esta se distribui quase uniformemente por todos os inquiridos.

No sentido de aprofundar mais esta questão, cruzámo-la com o concelho onde residem os questionados. Verifica-se assim que a qualidade da informação transmitida no concelho de Ponte de Lima é qualificada por 45.5% como suficiente e por 36.4% como nula, segundo os residentes naquela localidade. O concelho menos qualificado foi o de Caminha em que 75% dos residentes consideraram nula a informação recebida e nenhum a considerou suficiente, logo seguida de Ponte da Barca, em que 33,3% a considera nula, 66.7% a considera insuficiente e nenhum a considerou suficiente.

Em Arcos de Valdevez é considerada insuficiente, não havendo nenhuma referência nos outros dois itens. Em Viana do Castelo as opiniões dividem-se uniformemente pelos três critérios.

Embora a recolha de dados através de questionário não fizesse qualquer referência ao tratamento instituído, questionamos sobre a sua existência. Apenas dois indivíduos referiram ter sido submetidos ao tratamento com *Interferon*, mas também constatamos que o mesmo foi prescrito por médicos da especialidade (Medicina Interna) do Hospital Distrital de Famalicão e do Hospital da Universidade de Coimbra. Os restantes referiram fazer tratamento sintomático com controlo analítico.

Apenas duas famílias e contactantes foram inoculadas com a vacina da Hepatite B as quais por coincidência (ou talvez não) são as mesmas acima referidas.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos resultados apresentados no ponto anterior permitiu-nos confirmar algumas das preocupações levantadas mesmo antes de iniciarmos a investigação de campo e que tinham sido já objecto de análise e reflexão no desempenho da prática profissional e que influenciaram a realização deste trabalho.

Dos 55 inquiridos, 34 (61,8%) são do sexo masculino e 21 (38,3%) do feminino. Apesar de alguma predominância do sexo masculino, mantém-se válido o conceito geral de que o VHB *não escolhe preferencialmente o sexo*.

O grupo etário de maior incidência situa-se entre os 20 e 45 anos (31 casos) o que nos alerta para uma provável fonte de infecção por via horizontal, e que poderá ser consequência dos estilos de vida adoptados por estes indivíduos. De referir que este dado vem efectivamente ao encontro do facto descrito na literatura de que nos países de menor prevalência, como é o caso de Portugal, o VHB se transmite mais em adultos jovens. Convém não esquecer a importância que a idade assume na Hepatite B, uma vez que quanto mais jovem é o indivíduo e menos severa é a infecção, maior é o risco de se tornar portador (King, 1988).

Verificou-se uma baixa incidência em crianças, uma vez que apenas duas com 11 e 15 anos de idade integraram este estudo. Devido à falta de registos, não nos foi possível identificar a via vertical como provável fonte de infecção.

Quanto à escolaridade, 78% possuem como habilitações literárias o 4º/6º ano, podendo ser considerada baixa, dado a faixa etária que abrange (dos 20 aos 45 anos) e as características sócio-económicas e culturais desta população, parece-nos poder considerar que a grande maioria destes indivíduos serão na prática *analfabetos funcionais*, isto é, só utilizam a leitura e a escrita em momentos pontuais. Por outro lado, este analfabetismo constitui um factor bloqueador e condicionante das práticas de educação para a saúde.

A Hepatite B tem diferente incidência no distrito, pois embora integre dez concelhos, apenas em seis se verificou a notificação da doença, destacando-se o de Viana do Castelo e Ponte de Lima. Perante tal constatação, interrogamo-nos se não existem portadores de HB nas restantes localidades, ou se na realidade o que existe é um deficiente rastreio e consequente falha da notificação, o que não nos foi possível confirmar.

As condições habitacionais são satisfatórias, quer em termos de infra-estruturas (saneamento básico e electricidade) quer de espaço habitacional, cuja

média é de 4 assoalhadas. A maioria das habitações apresentam boas condições de habitabilidade, nelas coabitando entre 2 e 5 pessoas por agregado familiar. Podemos afirmar que, na generalidade, esta população não vive em condições de hiperlotação nem de promiscuidade.

A maioria dos notificados exerce a sua actividade profissional no sector primário, sendo de referir que nenhum dos inquiridos detém uma profissão ou ocupação que possa ser considerada de risco.

No sentido de esclarecer se a ocupação dos tempos livres desta população poderia estar relacionada com o aparecimento da doença, não pudemos comprovar nem mesmo estabelecer qualquer tipo de relação, pois as práticas desportivas e a televisão são os principais *hobbies* deste grupo (60%). A frequência de bares e discotecas é pouco significativa e está de acordo com aos hábitos culturais desta população.

Relativamente aos hábitos e estilos de vida que podem estar na origem da doença ou condicionar a mesma - ida ao cabeleireiro, esteticista e barbeiro - também não estão nos hábitos de vida desta população, tendo 90,9% referido não frequentar tais lugares.

Sendo a actividade sexual considerada uma via de transmissão significativa, pensamos ser importante questionarmo-nos sobre os possíveis comportamentos adoptados pelos inquiridos.

Do total dos questionados, 26 referiram ter actividade sexual sempre com o mesmo parceiro (14 destes nunca utilizaram preservativo), 19 referiram ter tido contacto com prostitutas (13 destes nunca utilizaram o preservativo). Daqui se infere a falta de informação ou a desvalorização da situação de doença por parte dos indivíduos, podendo levar à disseminação do vírus. Este resultado vem ao encontro de um estudo realizado em Portugal por Santos Lucas em 1992, em que conclui que 40% dos homens considera aceitável ter relações ocasionais sem preservativos, enquanto que noutros países são as próprias prostitutas que insistem com os seus clientes para o uso do preservativo (Decker 1987).

No que concerne à vigilância e controlo da saúde, constatou-se que apenas 18 indivíduos (32,7%) recorreram aos serviços de saúde para controlo e vigilância da saúde (*follow-up*) e/ou em situações de doença. Os restantes 37 (67,3%) fazem-no exclusivamente perante a doença mais ou menos declarada, o que contraria os objectivos da educação para a saúde, isto é, a vigilância precoce e o rastreio de doenças.

As instituições de saúde mais procuradas por este grupo foram sem dúvida os Centros de Saúde 42 (76,4). Ficou-nos no entanto a ideia de que o fazem por se tratar de um grupo de poucos recursos económicos e não como resultante de programas de educação para a saúde, como seria desejável.

A grande ilação que se pode retirar deste resultado é que está desvirtuado o papel da educação para a saúde e a sua concepção. Os serviços de saúde continuam a ser incorrectamente procurados pela população, uma vez que os Centros de Saúde e as suas equipas deveriam ter como premissa fundamental promover a saúde e prevenir o aparecimento da doença (prevenção primária) e não limitar-se a tratá-la numa fase já declarada, como os dados deste estudo parecem indicar. Uma medida urgente a implementar seria o rastreio e a vigilância da saúde mais precoce.

Na maioria dos casos (44 - 80%), as únicas informações sobre a doença chegaram ao conhecimento dos portadores através do médico, já depois dela se ter declarado.

Tendo presente a data da notificação da doença, ao efectuar a recolha de dados verificamos que a grande maioria dos inquiridos (36) foram submetidos a diferentes intervenções, entre as quais se conta a hemodiálise, tratamento estomatológico e intervenções cirúrgicas, antes da data de notificação, facto que nos parece um factor importante a considerar.

A doença predominante neste universo é, sem margem para dúvida e com mais peso, a doença hepática, logo seguida da insuficiência renal crónica.

Quanto a outras situações de risco que tentamos averiguar, é de referir que 35 indivíduos afirmaram nunca as ter vivido, 2 estiveram sujeitos a pelo menos uma delas

e 9 referiram ter sido submetidos a injectáveis por habilitados, justificando com a carência de técnicos nesta região, agravada pela falta de acessos e ainda por condicionalismos dos meios de transporte, pondo em risco os princípios de assépsia e os procedimentos técnicos aquando da sua administração.

Verifica-se um acentuado desconhecimento do que é o VHB. Em 18 casos (32,7%) desconhecem mesmo tratar-se de uma doença transmissível e 22 (31,4%) não conhecem as possíveis associações do VHB com práticas de vida corrente, tendo sido citadas a alimentação, a higiene e a profissão.

Parece constatar-se que a doença não foi de modo algum interiorizada por cada portador, colocando a interrogação se a informação transmitida foi ao encontro do indivíduo real, de forma a levar cada um a reflectir sobre tal problemática e a consciencializar-se e à família da necessidade de mudança das práticas de vida.

Relativamente à informação que possuem sobre HB, é de referir que dos 55 inquiridos 49 disseram saber o que era a doença e destes, feita uma análise cruzada, concluímos que apenas 13 tinham um conhecimento real sobre a doença, isto é, sabem o órgão que afecta, como se transmite e as formas de prevenção.

Por outro lado, dos 6 que disseram *não saber*, pela conjugação das 3 variáveis, concluímos que têm de facto conhecimento. Esta constatação obrigou-nos a reflectir. No entanto, não foi encontrada explicação plausível para o facto. Terão respondido às questões de uma forma aleatória? Provavelmente responderam negativamente por não se sentirem seguros dos seus conhecimentos.

Procurando saber se a informação recebida alterou ou modificou os seus hábitos de vida, 60,6% acharam que sim, não especificando de que forma. As poucas justificações apresentadas são contraditórias e não concludentes.

Tentando clarificar mais esta situação, correlacionou-se a opinião dos inquiridos sobre a qualidade de informação recebida com as habilitações literárias, tendo-se verificado que os resultados se distribuem quase uniformemente por todos os inquiridos, sem hipótese de retirar daí quaisquer ilações.

Quando se faz o mesmo cruzamento com o concelho de residência, verificamos que os concelhos de Caminha e Ponte da Barca apresentam uma penalização maior, uma vez que em nenhum deles a informação foi considerada *suficiente*.

Parece poder concluir-se que a qualidade da informação está mais relacionada com o empenhamento de cada Centro de Saúde do que com o nível de conhecimentos revelado pelos doentes.

Para terminar, nas entrevistas, durante o preenchimento dos questionários, foram reveladas algumas informações que penso ser importante incluir aqui, mesmo não fazendo parte do questionário.

O tratamento da Hepatite B tem sofrido alguma evolução ao longo dos tempos, sendo numa fase aguda sintomática e na fase crónica (em que não há replicação viral) utilizado o fármaco *Interferon*, conseguindo-se desta forma suprimir a replicação viral em 30% dos doentes. No nosso universo, apenas 2 de 55 indivíduos referiram ter sido submetidos a este tratamento específico, manifestando os efeitos colaterais descritos na bibliografia e para os quais não foram alertados quando da sua administração pelos enfermeiros.

Foi relevante verificar o peso das crenças, costumes, tradições e hábitos culturais desta população. Não desprezando totalmente os conselhos médicos e de enfermagem, referiram ter recorrido à medicina popular/tradicional durante o tratamento da doença, utilizando simultaneamente as prescrições clínicas e remédios caseiros (*xaropes* e *unguentes*) e por vezes o recurso a curandeiros e à prática de feitiçaria.

Em última análise, podemos concluir que o VHB está associado às seguintes condições:

- Idade (adultos jovens);
- Ter sido submetido a tratamentos estomatológicos;
- Intervenções cirúrgicas e transfusões de sangue;

- Terem efectuado tratamentos e/ou injectáveis por habilitados, convívio com toxicodependentes, terem partilhado seringas e/ou agulhas;
- Terem mais que um parceiro sexual e o não uso de preservativo;
- Terem insuficiente informação sobre a doença.
- Baixo empenhamento dos serviços de saúde locais.

## **SÍNTESE FINAL E SUAS IMPLICAÇÕES**

Como foi referido ao longo do trabalho, a hepatite B é uma doença infecciosa que constitui um grave e crescente problema mundial de saúde, não se prevendo a curto prazo a sua erradicação.

As suas repercussões a nível físico, psicossocial e económico são também consideráveis, pois implicam um aumento do consumo de actos médicos, enfermagem e fármacos, contribuindo para uma elevada taxa de absentismo.

Como tal, é de extrema importância um empenhamento dos profissionais de saúde e da comunidade no sentido de fazer cumprir as orientações emanadas pelos organismos internacionais, enquadrando-as na política de saúde nacional de forma a impedir a sua propagação e controlar mais eficazmente a doença.

A prestação de cuidados é sem dúvida fundamental aos diferentes níveis de prevenção, antes da doença se instalar (prevenção primária), durante os episódios de doença (prevenção secundária), durante a resolução da mesma, em que o indivíduo recupera completamente, ou mesmo perante as sequelas, de forma a reorientá-lo, adaptando-o às actividades do quotidiano e na reinserção social (prevenção terciária).

Na prevenção primária, os Cuidados de Saúde Primários - Centros de Saúde - são fundamentais, pois englobam a promoção e vigilância de saúde e a protecção específica, tendo como grande finalidade prevenir a doença. A sua actuação centraliza-se basicamente na prevenção de doenças infecciosas, fornecendo todas as



vacinas que integram o Plano Nacional de Vacinação, gratuitamente e a todos os cidadãos, integradas em programas de educação para a saúde a portadores, contactantes e população.

A intervenção dos profissionais de saúde depende da interiorização que cada indivíduo tem do conceito de saúde, da motivação que possui para a promover, auto-responsabilizando-se e conseguindo mobilizar os outros e a própria sociedade.

Para que este processo se desenvolva, a informação transmitida deve ser correcta, adequada, ir ao encontro das suas necessidades e integrada no seu meio social, cabendo aos técnicos de saúde um papel preponderante como elo de ligação e sensibilização da importância da educação para a saúde junto do indivíduo, família e comunidade.

Com a educação para a saúde pretende-se fundamentalmente incentivar a aquisição de hábitos e estilos de vida saudáveis e modificar comportamentos de risco, nomeadamente relativos à Hepatite B. Estas acções deverão ser dirigidas aos três grupos específicos - doentes e/ou portadores, familiares e amigos que convivam directamente com os indivíduos infectados e à comunidade. Esta informação basear-se-á sobretudo na **Prevenção** incidindo nas formas de transmissão, salientando a necessidade de vigilância de saúde, pois só assim se poderá desmistificar a doença.

A transmissão desta informação deve ser um trabalho conjunto dos educadores de saúde e das forças alvo da comunidade, para que daí resulte um conhecimento facilitador da mudança de comportamentos.

Após constatar, neste estudo, que a maior incidência é na juventude e idade adulta, consideramos importante e prioritária a intervenção neste grupo, tendo em atenção as suas características, vivências em grupo e maior facilidade de aquisição de informação pela via afectiva, devendo ser utilizados como recursos indispensáveis na transmissão da informação aos seus pares, desenvolvendo o seu potencial.

Como foi já afirmado, a educação para a saúde deve ser uma prática constante ao longo do ciclo vital do homem. Torna-se por isso imprescindível que tal educação se inicie na família e se desenvolva nos diferentes contextos, desde a escola ao local

de trabalho, passando pelos centros culturais e recreativos, com a consequente inclusão de conteúdos ajustados a cada comunidade.

Reconhecendo contudo que o melhor meio de prevenir a enfermidade é obter uma cobertura vacinal acima de 90%, esta medida pode e deve ser implementada no mais curto espaço de tempo possível, alargando a imunização a toda a população e não a restringindo unicamente aos grupos de risco como actualmente, integrando-a no Plano Nacional de Vacinação.

Em todas as instituições de saúde, esta tarefa está predominantemente sob a responsabilidade dos profissionais de enfermagem. Daí a necessidade de uma grande motivação e empenhamento destes, desenvolvendo todos os esforços e acções na comunidade, no sentido de contribuir para a diminuição ou erradicação da doença.

No que se relaciona com a prevenção secundária, é importante integrar todas as intervenções que visem prevenir as complicações associadas a processos patológicos já instalados para evitar a disseminação da doença, compreendendo o diagnóstico e o tratamento. Para além do rastreio e diagnóstico precoce, é de incentivar a visita domiciliária, permitindo o acompanhamento contínuo do indivíduo doente e família, bem como a observação do tratamento instituído e dos comportamentos adoptados.

Na prevenção terciária, a actuação dos profissionais de saúde focaliza-se no limitar do dano ou da incapacidade, tendo como principal função sensibilizar a família e a comunidade para a reabilitação e reintegração social dos indivíduos.

Na vertente **formação**, há que valorizar a tarefa atribuída à *escola enquanto espaço social* nas actividades de educação para a saúde das crianças, jovens e adolescentes. Pareceu-nos importante o aproveitamento da mesma, de forma a obter uma melhor compreensão e interrelação dos seus conteúdos, com outros temas dos *currícula*, integrados ou não na Área-escola ou em projectos educativos do próprio estabelecimento de ensino, em parceria e cooperação com a comunidade.

Para tal, há que redefinir, elaborar ou reformular os projectos em curso, utilizando estratégias e métodos apropriados e ao mesmo tempo desenvolver nos

formadores e formandos competências técnico-científicas e sócio-relacionais envolvendo os seus pares, famílias e a própria comunidade, fomentando nestes grupos a corresponsabilização para a autonomia nas decisões, criando ao mesmo tempo um clima de entre-ajuda.

Se é importante a abordagem desta temática no período decorrente do ensino obrigatório, torna-se em nosso entender imprescindível a nível da formação profissional básica e pós-básica. Daí que os planos de estudos da formação inicial, especializada e permanente, devam permitir a actualização de qualquer profissional, independentemente da área de actuação (saúde, educação e outros) e no decurso do seu período activo, de forma a reforçar e/ou consolidar a formação que lhe deu acesso à profissão e para acompanhar os avanços técnico-científicos na sua esfera de competências.

Relativamente à enfermagem, parece-nos importante a inclusão de uma unidade curricular sobre educação para a saúde e animação de grupos, tanto na formação dos enfermeiros em geral como na dos enfermeiros de Saúde Comunitária em particular, uma vez que trabalham com equipas multiprofissionais e populações, torna-se imperioso conhecer profundamente o meio envolvente de forma a integrar conteúdos e práticas de educação para a saúde inovadoras e que resulte em benefício da população.

---

## CONCLUSÃO

Como ficou dito na introdução a este trabalho, a saúde e a doença dependem fundamentalmente da interacção entre o sujeito e o meio-ambiente em que vive. Nos últimos tempos, as doenças transmissíveis que se acreditava estarem científica e tecnicamente controladas e dominadas, reapareceram no cenário global da Saúde Pública.

Dentro das doenças transmissíveis mais relevantes cuja transmissão depende basicamente de factores comportamentais, enquadra-se a hepatite B, podendo conduzir à limitação de capacidades, exclusão social ou mesmo à morte.

Por entre dificuldades várias, foi a partir deste cenário que partimos para o estudo de que aqui se dá conta.

No capítulo I procedemos ao enquadramento do tema, abordando questões ligadas ao binómio saúde/doença, evolução do conceito de medicina preventiva e saúde pública ao longo dos tempos, relacionando-os com a prevenção e os diferentes níveis de intervenção possível.

O capítulo II faz referência à educação para a saúde como estratégia de promoção de saúde, bem como ao contributo de algumas ciências e disciplinas, atendendo ao padrão cultural e aos recursos existentes.

O capítulo III dá especial ênfase à hepatite B, nomeadamente à epidemiologia, transmissão, diagnóstico, evolução, prognóstico e tratamento da mesma, dando relevo à prevenção como principal “arma”, capaz de impedir a propagação da doença.

---

No capítulo IV delimitamos o estudo a uma área geográfica, fazendo a caracterização sumária do distrito de Viana do Castelo e apresentando os principais indicadores e problemas de saúde encontrados.

A investigação de campo está patente no capítulo V, bem como a definição de objectivos e hipóteses de trabalho, a descrição do processo de construção e validação do questionário, sendo apresentados os diferentes procedimentos metodológicos relacionados com o universo em estudo e o processo de recolha, tratamento e análise dos dados.

Finalmente surge a discussão dos resultados obtidos no terreno, relacionando-os com as linhas mestras que constituíram o nosso ponto de partida.

Devido ao escasso universo de população estudada, não podemos nem devemos de modo algum fazer generalizações ou extrapolações, mas analisá-lo e circunscreve-lo à região onde foi implementado (distrito de Viana do Castelo), respeitando as suas particularidades quanto a hábitos culturais e modos de vida.

Na esmagadora maioria dos casos, quando foi confirmada a patologia de que padeciam, não foram desencadeadas quaisquer acções de educação para a saúde em nenhuma das diferentes fases do processo de doença (diagnóstico, evolução, prognóstico, tratamento), como seria de esperar dado o carácter infeccioso da mesma. Daí o desconhecimento generalizado da sua gravidade.

Por parte dos serviços de saúde (à excepção de um centro de saúde da região), não se verificou uma séria preocupação na divulgação de conhecimentos sobre a doença em acções educativas na comunidade, tendo-se limitado a actividades dentro das quatro paredes do Centro de Saúde. Por outro lado, estes serviços estão a ser procurados de uma forma incorrecta, isto é, não são utilizados para a promoção vigilância e controle de saúde, mas tão só em presença de doença o que condiciona as práticas de educação para a saúde.

O acompanhamento na comunidade através de visita domiciliária não se verifica, e esta é sem dúvida a função primordial da enfermeira de Saúde Pública.

As condições sanitárias desta população, em termos de infra-estruturas, possuem as condições mínimas exigíveis. O mesmo não poderá contudo dizer-se

relativamente aos estilos de vida adoptados, nomeadamente à actividade sexual.

No presente estudo, como possíveis precursores do VHB encontramos a idade (adultos jovens) e ter sido submetido a diferentes tratamentos e procedimentos clínicos e de enfermagem, a partilha de seringas e/ou agulhas, o convívio com toxicodependentes e o não uso de preservativo, associado à insuficiente informação sobre a doença.

Verifica-se uma necessidade premente dos serviços de saúde proporcionarem uma maior abertura e diálogo com a população, partilharem dos seus saberes, problemas e dificuldades, ajudando-os na sua resolução e actuarem decididamente aos diferentes níveis; primário, secundário e terciário, bem como na valorização de todos os espaços sociais e diferentes contextos - família, escola, trabalho e comunidade.

Por último, a formação dos enfermeiros terá que ser repensada, permitindo integrar unidades curriculares ou módulos de formação em que a educação para a saúde tenha um espaço próprio no currículo da formação inicial, específica e permanente, seguindo lógicas inovadoras e criativas posta a favor das comunidades.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALEGRIA, A. et al (1990) - *Hepatite vírica fulminante na criança*. Revista Portuguesa de Pediatria, 21, 475-478.
- ANDRADE, M. I. (1995) - *Educação para a saúde - Guia para professores e educadores*. Lisboa, Texto Editora.
- BEATH, S. V. et al - *Hepatite B fulminante em crianças nascidas de mães portadoras de anti-HBe*. "British Medical Journal", Lisboa 1 (8) Setembro 1992, 513-520.
- BLUMBERG, B. et al (1965) - *A new antigen in leukemia*. Jama, 191, 2, 52-59.
- CANÁRIO, R. (1992) - *Eco - Um processo estratégico de mudança*. (Doc. policopiado).
- CAPS (1987) - *Tendencias actuales en Educación Sanitaria*. Barcelona.
- CARAPINHEIRA, G. (1993) - *Saberes e Poderes no Hospital*. Lisboa, Edições Afrontamento.
- CARVALHO, J. N. (1991) - *Prevenção do abuso de álcool e drogas nos jovens*. Porto, Instituto Nacional de Investigação Científica.
- CASANOVA, R. (1994) - *Imunidade frente a rubéola, tétanos y hepatitis B - un estudio entre alumnos de Enfermería*. Revista de Enfermería, 193, Set, 75-78.
- CHALMERS, J.; LUTZ, W. - *Como apresentar a informação dos inquéritos*. s. l., Associação Internacional de Epidemiologia, 1990, Inquéritos de Saúde na Comunidade (6).
- CORDEIRO, M. J. (1991) - *Hepatite A e B - Manter a criança saudável*. DGCS, texto de apoio nº20.
- CORREIA, J. A. (1989) - *Inovação pedagógica e formação de professores*. Porto, Edições Asa.
- CORTESÃO, L. (1991) - *Formação: algumas expectativas e limites - Reflexões críticas*. Lisboa, Inovação, 4 (1), 155-161.
- CUNHA, I.; ANTUNES, M. (1992) - *Grávidas sem AgHBs, até quando?*. Revista Portuguesa de Pediatria, nº 23, 85-87.
- DELAS, N. (1990) - *Les hepatitis Virales*. Revista Soines, nº534 (3), texto policopiado, 3-12.
- DGCS (1991) - *Doenças de declaração obrigatória (1987-1993)*. Divisão de estatística.
- DIENSTAG, J. L. et al (1989) - *Harrison's - Tratado de Medicina*, 1226-1234.
- ECO, U. (1991) - *Como se faz uma tese em Ciências Humanas*. Lisboa, Editorial Presença.
- EWLES, L./SIMNETT, I. (1993) - *Promoting Health: A Practical Guide*. Second Edition, London.
- FERNANDES, A. J. (1993) - *Métodos e regras para elaboração de trabalhos académicos e científicos*. Porto, Porto Editora.
-

- 
- FERREIRA, G. - *Moderna Saúde Pública*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 6ª Edição, 64-94.
- FEUERSTEIN, M. T. e LOVEL, H. (1983) - *Introduction: Community Development and the Emergence of Primary Health Care*. *Community Development Journal*, vol. 18, nº2, 98-103.
- GARY, L. F. et al (1990) - *Imunização universal anti-hepatite B em crianças: Reações dos Pediatras e Médicos de Família ao longo dos tempos*. *American Academy of Pediatrics*, 2, nº 5 Maio 307-312.
- GHIGLIONE, R.; MALATON, B. (1993) - *O inquérito. Teoria e prática*. Oeiras Celta Editora, Lda.
- GIL, A. C. (1991) - *Métodos e técnicas de pesquisa social*. S. Paulo, Atlas S.A., 81.
- GOMES, L. (1993) - *Vacina contra a Hepatite B - necessidade de uma nova estratégia*. 24, nº2, Nov. 23-28.
- GREEN, L. W. (1983) - *New Policies for Health Education in Primary Health*. World Health, Geneve.
- GREEN, W. H. M. e SIMONS, B. G. (1988) - *Educacion para la salud*. México, Interamericana, McGraw-Hill.
- GRIFFITHS, W. (1972) - *Health Education definitions, problems and philosophies*. Health Education Monographic, 31.
- GRIFFITHS, W. et al (1982) - *The role of Mass Media in Public Health*. *Am. j. Public Health*, 31, 50, 512-523.
- HORTA, A. (1995) - *Hepatitis - Epidemiologia - Laboratório e Clínica*. Porto, Hospital Joaquim Urbano, Texto policopiado.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (1992) - *Censos 1981 e 1991*, Lisboa, DGCSP, Departamento do Serviço de Estatística de Lisboa.
- JOINT WORKING PARTY OF THE HOSPITAL INFECTION SOCIETY AND THE SURGICAL INFECTION STUDY GROUP (1993) - *Risco para os cirurgiões e doentes de infecção HIV e hepatite: normas sobre as preocupações e manejo de exposição ao sangue ou líquidos orgânicos*. "British Medical Journal", Lisboa 2 (6) Junho, 370-377.
- KICKBUSH, I. (1981) - *Involvement in Health: A social epidemiology of Health Education*. Vol. XXIV, nº4.
- KING, Ruth (1993) - *Viver em segurança com o vírus da hepatite B*. *Nursing*, Lisboa, Ano 6 (66), Julho, 20-23.
- LECOUR, H. (1983) - *Hepatite viral - Epidemiologia e Diagnóstico*. Porto, Gráficos Reunidos Lda..
- LUCAS, S. (1993) - *Sida - A sexualidade desprevénida dos portugueses*. Lisboa, McGraw-Hill, Lisboa.
- MARINHO, R. et al (1994) - *Profilaxia da Hepatite B. Desinfecção hospitalar*, Lisboa, 23, II Set/Out, 19.
-



- 
- MARQUES, A. (1989) - *Infecção simultânea pelo vírus da hepatite B e Epstein-Barr*. Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas, Lisboa, 12 (3) Julho/Outubro, 187-189.
- MARTIN, F. H. (1971) - *La dimension culterelle de l'action sanitaire*. In "Communication et modification du comportement", Revue International d'éducation pour la santé, Genève, Suisse, 399-403.
- MARTINHO, I. (1991) - *Prevenção de transmissão materno-fetal de Hepatite B*. "Jornal do Médico", Lisboa (2418), 172-175.
- MENDES, T. F. et al (1986) - *Marcadores virais no diagnóstico de hepatite B*. Rio de Janeiro, Interamericana.
- MONNIER, J. et al (1980) - *Santé Publique - Santé de la communauté*. France, Simep, 187-213.
- MOURA, M. C. (s/d) - *Progressos no tratamento das hepatites crónicas víricas*. Lisboa, Faculdade de Medicina.
- NEVES, M. (1993) - *Hepatite B: um risco para a Saúde Pública*. Enfermagem em Foco, Lisboa, 3 (12), Ag/Out 22-24.
- NÓBREGA, C. (1989) - *Assistência de enfermagem a doentes submetidos a terapêutica com Interferon*. "Servir", Lisboa, 37 (1), 2-7.
- OMS (1978) - *Alma-ata - Cuidados de Saúde Primários*. Genebra.
- OMS (1986) - *As metas de saúde para todos*. Lisboa, Ministério da Saúde: Departamento de Estudos e Planeamento.
- OMS (1987) - *A carta de Otawa - Um novo conceito: a promoção da saúde*. Boletim de Saúde "Panamerica", 103 (1).
- OMS (1988) - *Education for Health - A manual on health education in primary health care*. Genève.
- OTERO, J. J. - *Infecções por vírus del grupo herpes*. Texto policopiado.
- OTERO, J. J. e TRIBO, G. L. - *Hepatitis B y No-A No-B*. Texto policopiado, 15-48.
- PARDAL, M. S. (1990) - *Promover a Saúde com as ESE(S)*. Lisboa, "Saúde/Escola", nº6, 11-15.
- PEIXOTO, J. C.; MARTINS, V. (1991) - *Conhecer as recomendações actuais para controlo de hepatite B*. Saúde Infantil, Coimbra, 13 (31/36), 35.
- PHARES, J. E. (1976) - *Locus of control in personality*. General Learning Press, New Jersey.
- PRENTICE, M. B. et al (1991) - *Hepatites virais - Algumas considerações no âmbito de uma consulta de clínica geral*. "Revista Portuguesa de Clínica Geral", Lisboa 8 (1) Janeiro, 26-35.
- QUARESMA, M. J. (1983) - *Prevalência dos marcadores de hepatite B em pessoal hospitalar*. "Revista Portuguesa de Doenças Infecciosas", nº2, 72-85.
- QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V. (1992) - *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.
- REDMAN, B. K. (1972) - *The process of patient teaching*. Saint Louis, 2ª Edição.
-

- 
- REVISTA DE ENFERMAGEM (1979) - *Removendo barreiras à Educação para a Saúde*. Lisboa, 19.
- REVUE INTERNATIONALE D'EDUCATION DE LA SANTÉ (1989) - *A nossa influência no comportamento sanitário*. "Revista de Enfermagem", Lisboa.
- ROCHER, G. (1971) - *Sociologia Geral*. Lisboa, Editorial Presença, 188-189.
- ROSENAN, et al (1965) - *Medicina Preventiva e Saúde Pública*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª Edição (I), 273-292.
- ROUCHON, A. (1992) - *Educación para la salud - Guia pratica para realizar un proyecto*. Barcelona, Masson S.A.
- SÁ, J. A. et al (1991) - *Hepatites virais; algumas considerações no âmbito de um consulta de Clínica Geral*. Revista Portuguesa de Clínica Geral, Jan. vol. 8, nº 1, 26-33.
- SALLERAS, S. L. (1985) - *Educación Sanitária - Principios, métodos y aplicaciones*. Madrid, Diaz Santos.
- SANTOS, R. M. (1989) - *Hepatite B crónica - Clínica e Diagnóstico*. II Curso de doenças hepatobiliares, Coimbra (12), 15-16.
- SARTWELL, P. (1979) - *Medicina Preventiva e Saúde Pública*. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2ª Edição, vol.1, 7-47, 165-197, 309-351.
- SEP (1993) - "Revista: Enfermagem em Foco". Texto policopiado, ano III, Agosto/Outubro nº12, 21-24 e 53-57.
- SILVESTRE, A. M. et al - *Hepatite B em Portugal - Contribuição para o seu estudo*. Texto policopiado.
- SOBREIRA, N. R. (1981) - *Enfermagem Comunitária*. Rio de Janeiro, Interamericana.
- TEMPO DE MEDICINA (1987) - *Dossier Interferon*. 202, Janeiro, 6.
- TONES, B. K. (1985) - *Heath Education and the ideology of Heath Promotion - A review of alternative strategies, Heath Education research: Theory and Practice*. Vol. 45, nº4, 197-213.
- TURNER, L. E. e KAPLUNG, L. M. (1973) - *Moment d' Education pour la Santé*. Union Internationale d'Education pour la Santé, Geneve.
- URRUTIA, L. C. (1988) - *Hepatite B: quem e como vacinar-se*. "Rol", Barcelona, (119-120), Julho/Agosto, 28.
- VALENTE, C. et al (1991) - *Marcadores de hepatite B, sua utilidade diagnóstica e de orientação*. "Jornal do Médico", Lisboa (2422) (10), 282-284.
- VUORI, H. (1980) - *The medical and the objective of Heath Education*. International Journal of Heath Education, vol. XXIII, nº1, 1 a 8.
- VUORI, H. (1984) - *Primary Heath Care in Europe - Problems and solutions*. Community Medicine, vol. (6), nº3, 2-21.
- WHO (1989) - *Hepatites B vaccine attacking a pandemic. Expanded Programme on Immunization*. "Update".
-

---

**ANEXO I**

**DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS  
TRANSMISSÍVEIS**

A. R. S. de _____		<b>DECLARAÇÃO OBRIGATÓRIA DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS</b>		ANO _____ *	
				N.º DO CASO _____ *	
<b>DOENÇA</b>		DESIGNAÇÃO _____		<b>CONFIRMADA</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>DATA PROVAVEL DO SEU INÍCIO</b> ____/____/____		O DOENTE REFERIU MAIS CASOS DA MESMA DOENÇA		<b>CÓDIGO # DA DOENÇA</b> _____	
FONTE DE INFECCÃO MAIS PROVAVEL: _____		<b>NÃO</b> <input type="checkbox"/> <b>SIM</b> <input type="checkbox"/> <b>QUANTOS</b> _____		• <b>FOI HOSPITALIZADO</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
		• NA SUA HABITAÇÃO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		• <b>NOME DO HOSPITAL</b> _____	
		• NO SEU LOCAL DE TRABALHO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		<b>FALECEU</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
<b>DOENTE</b>		NOME _____		MORADA _____	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ____/____/____		PROFISSÃO _____		<b>CONCELHO</b> _____ *	
<b>SEXO</b> <b>DATA DE NASCIMENTO</b> ____/____/____				<b>LOCAL ONDE A EXERCE</b> _____	
				<b>CONCELHO</b> _____ *	
<b>MÉDICO</b>		NOME _____ DR _____		MORADA _____	
				CÓDIGO POSTAL _____	
Telefone casa _____		____/____/____		O MÉDICO _____	
Telefone cons. _____				ASSINATURA _____	

<b>AUTORIDADE SANITÁRIA</b>									
LOCAL DE TRABALHO					DATA		TOMEI CONHECIMENTO		
					____/____/____				
CÓDIGO DO CENTRO DE SAÚDE * _____					____/____/____		ASSINATURA _____		

(\*) A PREENCHER PELA AUTORIDADE SANITARIA

---

## **ANEXO II**

### **QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA RECOLHA DE DADOS**

## Arquitectura e objectivos do questionário

O questionário é composto por trinta perguntas, distribuídas por cinco grupos; Identificação, Caracterização Sócio-demográfica, Comportamentos Controlo e Vigilância da Saúde e Evolução e Conhecimentos Gerais Sobre a Doença.

A cada pergunta cabe uma só resposta, excepto nas que tenham outra indicação.

Atendendo a que a amostra é também o universo do grupo em estudo e a que a identidade dos visados era antecipadamente conhecida, algumas das respostas eram previsíveis. Daí ter-se optado por um modelo de *respostas fechadas*, na sua maioria.

Embora não sendo objectivo deste estudo, para o caso dos notificados falecidos, o questionário é precedido de uma recolha de dados sobre a causa de morte, por solicitação do Director Regional de Saúde de Viana do Castelo.

Data da notificação da doença \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Se falecido, data do óbito \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

Qual a doença que originou a morte?

- 1 ☐ Cirrose hepática
- 2 ☐ Hepatite crónica persistente
- 3 ☐ Insuficiência hepática
- 4 ☐ Outra - \_\_\_\_\_

**I - Identificação** - Destina-se à identificação dos inquiridos - nele se integram as variáveis biológicas (sexo e idade) e sociais (estado civil, naturalidade, escolaridade e residência). Pretende-se averiguar de eventual correlação entre estes factores e a doença.

**Sexo** 1 ☐ Masculino 2 ☐ Feminino

**Idade** (data de nascimento) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) anos

**Estado civil**

1 ☐ Solteiro 2 ☐ Casado 3 ☐ Divorciado 4 ☐ Viúvo 5 ☐ Outra situação

**Naturalidade**

1 ☐ Portuguesa 2 ☐ Africana  
3 Outra (especifique) \_\_\_\_\_

**Escolaridade** (habilitações literárias)

1 ☐ Analfabeto 2 ☐ Sabe ler e escrever 3 ☐ 4ª classe/6º ano  
4 ☐ 9º ano (antigo 5º) 5 ☐ 11º - 12º ano (antigo 7º)  
6 ☐ Curso médio - (bacharelato) 7 ☐ Licenciatura (ou equivalente)

**Residência**

Concelho \_\_\_\_\_  
Se teve outra, onde? \_\_\_\_\_

**II - Caracterização Sócio-demográfica** - Procura-se precisamente fazer a caracterização sócio-demográfica do questionado, recolhendo dados sobre as condições habitacionais, higio-sanitárias e relacionando a dimensão do agregado familiar com o tipo de ocupação/profissão. Pretende-se ainda determinar se a ocupação/profissão pode constituir um factor de risco, relativamente à Hepatite B.

**Habitação** (aspectos relacionados com a habitação)

Tipo de habitação

- 1 ☐ Moradia
- 2 ☐ Apartamento
- 3 ☐ Casa rural
- 4 ☐ Barraca

Número de pessoas do agregado familiar: \_\_\_\_\_

Número de divisões da casa (sala e quartos) \_\_\_\_\_

Condições da habitação:

- ☐ Quarto de banho c/ chuveiro/banheira
- ☐ Quarto de banho s/ chuveiro/banheira
- ☐ Cozinha
- ☐ Água canalizada
- ☐ Electricidade

1 ☐ C/ condições mínimas

2 ☐ S/ condições mínimas

Para esta questão, só serão colhidas resposta à coluna da esquerda. Na fase de tratamento de dados, para simplificar, é a partir dela que se preenche a coluna da direita.

Considera-se sem *condições mínimas*, a inexistência de chuveiro/banheira, ou de água canalizada.

**Ocupação / Profissão** (Na situação "2", junte profissão do pai/mãe)

**Situação**

- 1 ☐ Activo
- 2 ☐ Estudante / < 16 anos
- 3 ☐ Desempregado
- 4 ☐ Aposentado
- 5 ☐ Agricultura
- 6 ☐ Doméstica

**Profissão**

- 1 ☐ Agricultor
- 2 ☐ Comerciante
- 3 ☐ Construção Civil
- 4 ☐ Empregada doméstica
- 5 ☐ Hotelaria
- 6 ☐ Marítimo
- 7 ☐ Metalurgia
- 8 ☐ Serviços
- 9 Outra \_\_\_\_\_

Se tem, ou teve outra profissão, qual? \_\_\_\_\_

Esta questão pretende recolher simultaneamente a profissão e a situação profissional do questionado.

**Ex.**

1. Um operário da construção civil desempregado assinalará a quadricula 3 da primeira coluna e a 3 da segunda.
2. Uma doméstica sem profissão assinalará a quadricula 6 da primeira coluna. No acto da codificação ser-lhe-há acrescentado um 0 (zero).
3. Um estudante ou menor de 16 anos, filho de um metalúrgico, assinalará a quadricula 2 da primeira coluna e a 7 da segunda coluna.

**III - Comportamentos** - Neste grupo recolhem-se dados sobre os hábitos e estilos de vida, numa tentativa de identificação de comportamentos que possam ter contribuído para o aparecimento da doença.

**Hábitos e estilo de vida**

Como ocupa os tempos livres?

- 1 ☐ Actividades desportivas
- 2 ☐ Agricultura / Jardinagem
- 3 ☐ Bares e discotecas
- 4 ☐ Viagens e passeios
- 5 ☐ Vendo TV
- 6 Outras \_\_\_\_\_

Higiene - Costuma frequentar o cabeleireiro, barbeiro, ou esteticista?

- 0 ☐ Não
- ☐ Sim
  - 1 ☐ Cortar a barba?
  - 2 ☐ Fazer depilação?
  - 3 ☐ Arranjar as unhas?
  - 4 ☐ Tirar calosidades?

Com a pergunta anterior pretende-se saber, não os procedimentos individuais, mas sim se frequenta locais comuns a outras pessoas.

**Sexualidade**

- |   |                              |                                |
|---|------------------------------|--------------------------------|
| Teve ou tem actividade sexual?              | <input type="checkbox"/> Não | 1 <input type="checkbox"/> Sim |
| Teve ou tem mais que um parceiro sexual?    | <input type="checkbox"/> Não | 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| Teve algum contacto sexual com prostitutas? | <input type="checkbox"/> Não | 3 <input type="checkbox"/> Sim |

Costuma usar preservativo?

- 0 ☐ Nunca      1 ☐ Ocasionalmente      2 ☐ Sempre      3 ☐ Com prostitutas

Outros hábitos ou práticas (uma ou duas respostas)

- 1 ☐ Acupunctura
- 2 ☐ Contacto sexual com toxicodependentes
- 3 ☐ Experiências homossexuais
- 4 ☐ Partilha de seringas e/ou agulhas
- 5 ☐ Tatuagens
- 6 ☐ Tratamentos ou injectáveis por "habilitados"
- 0 ☐ Nenhum dos casos

**IV - Controlo e Vigilância da Saúde** - As questões deste grupo referem-se à promoção da saúde e prevenção da doença. Procura-se avaliar se, na prática, os inquiridos recorrem aos serviços de saúde com o objectivo de promover a saúde através do controlo e vigilância da mesma (rastreo) e prevenção da doença - fase primária ou secundária - ou se unicamente o fazem já numa fase terciária, como *follow-up* da doença ou ocorrência de um episódio que condicionasse o aparecimento ou desenvolvimento daquela, uma vez que estamos a tratar de doentes notificados.



## Vigilância de Saúde

Quando utiliza serviços de saúde, recorre habitualmente a:

- 1 ☐ Centro de Saúde
- 2 ☐ Serviços particulares
- 3 ☐ Hospital
- 5 Outros \_\_\_\_\_

Já teve ou tem alguma destas doenças? (uma ou duas respostas)

- 1 ☐ Doenças hepáticas
- 2 ☐ Hemofilia
- 3 ☐ Insuficiência renal crónica
- 4 ☐ Doença de transmissão sexual
- 5 ☐ Diabetes
- 6 Outra \_\_\_\_\_
- 0 ☐ Não

Alguma vez foi submetido a: (uma ou duas respostas)

- 1 ☐ Exame ginecológico
- 2 ☐ Hemodiálise
- 3 ☐ Transusão de sangue
- 4 ☐ Tratamento cirúrgico
- 5 ☐ Tratamento estomatológico
- 6 ☐ Outros tratamentos invasivos

Em que situações costuma recorrer aos serviços de saúde?

- 1 ☐ Doença
- 2 ☐ Vigilância
- 3 ☐ Ambas

**V - Evolução e Conhecimentos Gerais Sobre a Doença** - Uma vez que a notificação dos doentes abrangidos por este estudo decorreu entre 1987-1993 e a recolha de dados se processou entre Janeiro e Maio de 1995, procura-se aqui averiguar da evolução da doença e se estes indivíduos adquiriram conhecimentos sobre os diversos estádios da doença, como a transmissão, diagnóstico, prognóstico, tratamento e prevenção. Finalmente, face à informação/conhecimentos transmitidos, saber se foram suficientes e oportunos, de modo a alterar, modificar, ou mudar os hábitos e estilos de vida, quebrando a cadeia de transmissão.

### Evolução da doença (Hepatite B)

Teve conhecimento da doença na sequência de:

- 1 ☐ Dádiva de sangue
- 2 ☐ Rastreio
- 3 ☐ Sintomas
- 4 ☐ Vigilância da saúde (rotinas)
- 5 ☐ Internamento
- 6 Outro \_\_\_\_\_

### Conhecimentos gerais sobre a doença

Sabe o que é a "Hepatite B"?

- 0 ☐ Não
- 1 ☐ Soube pelo médico
- 2 ☐ Soube por familiares e amigos
- 3 ☐ Soube pelos "mass-media"
- 4 ☐ Soube na escola, por quem \_\_\_\_\_
- 5 ☐ Outros \_\_\_\_\_

A Hepatite B transmite-se por;

- 1 ☐ Contacto (veículos fisiológicos e alimentos)
- 2 ☐ É hereditária
- 3 ☐ Não é contagiosa
- 0 ☐ Não sabe

A Hepatite B afecta;

- |                                    |                                    |                                     |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Bexiga  | 2 <input type="checkbox"/> Coração | 3 <input type="checkbox"/> Fígado   |
| 4 <input type="checkbox"/> Pulmões | 5 <input type="checkbox"/> Outros  | 0 <input type="checkbox"/> Não sabe |

Em seu entender, esta doença está associada a; (uma ou duas respostas)

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Alimentação               | 6 <input type="checkbox"/> Gravidez e aborto     |
| 2 <input type="checkbox"/> Hábitos de higiene        | 7 <input type="checkbox"/> Nível sócio-económico |
| 3 <input type="checkbox"/> Poluição                  | 8 <input type="checkbox"/> Práticas sexuais      |
| 4 <input type="checkbox"/> Profissão/ocupação        | 0 <input type="checkbox"/> Não sabe              |
| 5 <input type="checkbox"/> Utilização de injectáveis |  |

Como lhe parece que pode evitar a transmissão da doença? (uma ou duas respostas)

- 1 ☐ Através da vacinação
- 2 ☐ Não consumir drogas
- 3 ☐ Não partilhar utensílios de uso pessoal (toalete, seringas, etc.)
- 4 ☐ Proteger qualquer tipo de ferimento
- 5 ☐ Ter cuidados especiais com objectos e roupas de doentes
- 6 ☐ Ter um só parceiro sexual
- 7 ☐ Usando preservativo
- 8 ☐ Outras \_\_\_\_\_
- 0 ☐ Não necessita de cuidados especiais
- 0 ☐ Não sabe

Quando da notificação da doença, a informação transmitida foi;

- |                                       |   |                                 |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Suficiente | 2 <input type="checkbox"/> Insuficiente | 0 <input type="checkbox"/> Nula |
|---------------------------------------|---|---------------------------------|

A informação recebida modificou os seus hábitos/modos de vida?

- 0 ☐ Não
- 1 ☐ Sim, de que modo? \_\_\_\_\_

O questionário foi objecto de pré-teste de que resultaram diversas alterações na formulação, bem como a eliminação de algumas questões mais sensíveis sobre o comportamento sexual.

Dentro de cada grupo, propositadamente, não houve preocupação no ordenamento das perguntas. Procurou-se que o assunto fosse abordado como se de uma conversa informal se tratasse e a presença do entrevistador não influísse nas respostas.

Por outro lado, algumas das perguntas quase se repetem (embora reformuladas), para servirem de controlo à espontaneidade e veracidade das respostas.

# Questionário a doentes notificados com Hepatite B

Data da notificação da doença \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Questionário Nº \_\_\_\_

Se falecido, data do óbito \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Local \_\_\_\_\_

Qual a doença que originou a morte?

- 1 ☐ Cirrose hepática
- 2 ☐ Hepatite crónica persistente
- 3 ☐ Insuficiência hepática
- 4 ☐ Outra - \_\_\_\_\_

## I - Identificação

1 - Sexo      1 ☐ Masculino      2 ☐ Feminino      ☐

2 - Idade (data de nascimento) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( \_\_\_\_ ) anos      ☐

3 - Estado civil

1 ☐ Solteiro    2 ☐ Casado    3 ☐ Divorciado    4 ☐ Viúvo    5 ☐ Outra situação      ☐

4 - Naturalidade

1 ☐ Portuguesa      2 ☐ Africana  
3 Outra (especifique) \_\_\_\_\_      ☐

5 - Escolaridade (habilitações literárias)

1 ☐ Analfabeto      2 ☐ Sabe ler e escrever      3 ☐ 4ª classe/6º ano  
4 ☐ 9º ano (antigo 5º)      5 ☐ 11º - 12º ano (antigo 7º)  
6 ☐ Curso médio - (bacharelato)      7 ☐ Licenciatura (ou equivalente)      ☐

6 - Residência

(1-9) Concelho \_\_\_\_\_      ☐

Se teve outra, onde? \_\_\_\_\_      ☐

## II - Caracterização Sócio-demográfica

### 7 - Habitação (aspectos relacionados com a habitação)

Tipo de habitação

- 1 ☐ Moradia  
2 ☐ Apartamento  
3 ☐ Casa rural  
4 ☐ Barraca

☐

7.1 Número de pessoas do agregado familiar \_\_\_\_\_

☐

7.2 Número de divisões da casa (sala e quartos) \_\_\_\_\_

☐

- 7.3 ☐ Quarto de banho c/ chuveiro/banheira  
☐ Quarto de banho s/ chuveiro/banheira  
☐ Cozinha  
☐ Água canalizada  
☐ Electricidade
- 1 ☐ C/ condições mínimas  
2 ☐ S/ condições mínimas

☐

### 8 - Ocupação / Profissão (Na situação "2", junte profissão do pai/mãe)

#### Situação

- 1 ☐ Activo  
2 ☐ Estudante / < 16 anos  
3 ☐ Desempregado  
4 ☐ Aposentado  
5 ☐ Agricultura  
6 ☐ Doméstica

#### Profissão

- 1 ☐ Agricultor  
2 ☐ Comerciante  
3 ☐ Construção Civil  
4 ☐ Empregada doméstica  
5 ☐ Hotelaria  
6 ☐ Marítimo  
7 ☐ Metalurgia  
8 ☐ Serviços  
9 Outra \_\_\_\_\_

☐

8.2 - Se tem, ou teve outra profissão, qual? \_\_\_\_\_

☐

### III - Comportamentos

#### 9 - Hábitos e estilo de vida

##### 9.1 - Como ocupa os tempos livres?

- 1 ☐ Actividades desportivas
- 2 ☐ Agricultura / Jardinagem
- 3 ☐ Bares e discotecas
- 4 ☐ Viagens e passeios
- 5 ☐ Vendo TV
- 6 Outras \_\_\_\_\_

☐

##### 9.2 - Higiene - Costuma frequentar o cabeleireiro, barbeiro, ou esteticista?

- 0 ☐ Não
- ☐ Sim
  - 1 ☐ Cortar a barba?
  - 2 ☐ Fazer depilação?
  - 3 ☐ Arranjar as unhas?
  - 4 ☐ Tirar calosidades?

☐

##### 9.3 - Sexualidade

- |   |                                |                                |
|---|--------------------------------|--------------------------------|
| Teve ou tem actividade sexual?              | 0 <input type="checkbox"/> Não | 1 <input type="checkbox"/> Sim |
| Teve ou tem mais que um parceiro sexual?    | <input type="checkbox"/> Não   | 2 <input type="checkbox"/> Sim |
| Teve algum contacto sexual com prostitutas? | <input type="checkbox"/> Não   | 3 <input type="checkbox"/> Sim |

☐

##### 9.3.1 - Costuma usar preservativo?

- 0 ☐ Nunca    1 ☐ Ocasionalmente    2 ☐ Sempre    3 ☐ Com prostitutas

☐

##### 9.4 - Outros hábitos ou práticas

- 1 ☐ Acupunctura
- 2 ☐ Contacto sexual com toxicodependentes
- 3 ☐ Experiências homossexuais
- 4 ☐ Partilha de seringas e/ou agulhas
- 5 ☐ Tatuagens
- 6 ☐ Tratamentos ou injectáveis por "habilidosos"
- 0 ☐ Nenhum dos casos

☐☐

## IV - Controlo e Vigilância de Saúde

### 10 - Vigilância de Saúde

10.1 - Quando utiliza serviços de saúde, recorre habitualmente a:

- 1 ☐ Centro de Saúde
- 2 ☐ Serviços particulares
- 3 ☐ Hospital - Consulta externa
- 4 Outros \_\_\_\_\_

☐

10.2 - Já teve ou tem alguma destas doenças?

- 1 ☐ Doenças hepáticas
- 2 ☐ Hemofilia
- 3 ☐ Insuficiência renal crónica
- 4 ☐ Doença de transmissão sexual
- 5 ☐ Diabetes
- 6 Outra \_\_\_\_\_
- 0 ☐ Não

☐☐

10.3 - Alguma vez foi submetido a:

- 1 ☐ Exame ginecológico
- 2 ☐ Hemodiálise
- 3 ☐ Transfusão de sangue
- 4 ☐ Tratamento cirúrgico
- 5 ☐ Tratamento estomatológico
- 6 ☐ Outros tratamentos invasivos

☐☐

10.4 - Em que situações costuma recorrer aos serviços de saúde?

- 1 ☐ Doença
- 2 ☐ Vigilância
- 3 ☐ Ambas

☐

## V - Evolução e Conhecimentos Gerais Sobre a Doença

### 11 - Evolução da doença (Hepatite B)

11.1 - Teve conhecimento da doença na sequência de;

- 1 ☐ Dádiva de sangue
- 2 ☐ Rastreio
- 3 ☐ Sintomas
- 4 ☐ Vigilância da saúde (rotinas)
- 5 ☐ Internamento
- 6 Outro \_\_\_\_\_

☐

### 12 - Conhecimentos gerais sobre a doença

12.1 - Sabe o que é a "Hepatite B"?

- 0 ☐ Não
- 1 ☐ Soube pelo médico
- 2 ☐ Soube por familiares e amigos
- 3 ☐ Soube pelos "mass-media"
- 4 ☐ Soube na escola, por quem \_\_\_\_\_
- 5 ☐ Outros \_\_\_\_\_

☐

12.2 - A Hepatite B transmite-se por;

- 1 ☐ Contacto (veículos fisiológicos e alimentos)
- 2 ☐ É hereditária
- 3 ☐ Não é contagiosa
- 0 ☐ Não sabe

☐

12.3 - A Hepatite B afecta;

- |                                    |                                    |                                     |
|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 <input type="checkbox"/> Bexiga  | 2 <input type="checkbox"/> Coração | 3 <input type="checkbox"/> Fígado   |
| 4 <input type="checkbox"/> Pulmões | 5 <input type="checkbox"/> Outros  | 0 <input type="checkbox"/> Não sabe |

☐

12.4 - Em seu entender, esta doença está associada a;

- |  |  |
|--|--|
| 1 <input type="checkbox"/> Alimentação               | 6 <input type="checkbox"/> Gravidez e aborto     |
| 2 <input type="checkbox"/> Hábitos de higiene        | 7 <input type="checkbox"/> Nível sócio-económico |
| 3 <input type="checkbox"/> Poluição                  | 8 <input type="checkbox"/> Práticas sexuais      |
| 4 <input type="checkbox"/> Profissão/ocupação        | 0 <input type="checkbox"/> Não sabe              |
| 5 <input type="checkbox"/> Utilização de injectáveis |  |

☐

12.5 - Como lhe parece que pode evitar a transmissão da doença?

- 1 ☐ Através da vacinação
- 2 ☐ Não consumir drogas
- 3 ☐ Não partilhar utensílios de uso pessoal (toalete, seringas, etc.)
- 4 ☐ Proteger qualquer tipo de ferimento
- 5 ☐ Ter cuidados especiais com objectos e roupas de doentes
- 6 ☐ Ter um só parceiro sexual
- 7 ☐ Usando preservativo
- 8 ☐ Outras \_\_\_\_\_
- 0 ☐ Não necessita de cuidados especiais / Não sabe

☐

12.6 - Quando da notificação da doença, a informação transmitida foi;

- 1 ☐ Suficiente
- 2 ☐ Insuficiente
- 0 ☐ Nula

☐

12.7 - A informação recebida modificou os seus hábitos/modos de vida?

- 0 ☐ Não
- 1 ☐ Sim, de que modo? \_\_\_\_\_

☐